FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE - PARIS

Année 1973 N° 102

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'Etat

par

Jacques-François-René DESGRANGES
né le 21 avril 1942 à Aix-les-Bains (73)
Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Présentée et soutenue publiquement le :

D'une mise en question de la relation thérapeutique en service psychiatrique fermé

Président de Thèse : M. BOURGUIGNON, Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544713_0020

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE - PARIS

Année 1973 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

Jacques-François-René DESGRANGES
né le 21 avril 1942 à Aix-les-Bains (73)
Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Présentée et soutenue publiquement le :

D'une mise en question de la relation thérapeutique en service psychiatrique fermé

Président de Thèse : M. BOURGUIGNON, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

Professeurs titulaires

MM.	ANDRE R.	Hématologie
	BRISSAUD H.	Pédiatrie
	BROCARD R.	Médecine
	CAROLI J.	Médecine
	CATINAT J.	Cardiologie
	CERBONNET G.	Chirurgie
	CHALUT J.	Radiologie
	CHERIGIE Ed.	Radiologie
	CHIGOT P.L.	Chirurgie infantile
	CONTAMIN Fr.	Neurologie
	CONTE M.	Médecine
	DRAGUET L.	Bactériologie
	DEBRAY J.	Médecine
	DRY J.	Médecine
	FLABEAU F.	Chirurgie
	GERBEAUX J.	Thérapeutique
	GIRARD F.	Phisiologie
MM.	GOLVAN J.J.	Parasitologie
	GOSSET J.	Chirurgie
	HUGELIN A.	Physiologie
	LAPLANE R.	Pédiatrie
	LE LORIER G.	Obstétrique
	LOEPER J.	Médecine expérimentale - Immunologie
	LOYGUE J.	Chirurgie
	MAROIS M.	Histologie
	MERGER R.	Obstétrique
	MILHAUD G.	Biophysique
	NICK J.	Neurologie
	ORCEL L.	Anatomie pathologique
	PERRAULT M.	Médecine
	POLONOVSKI Cl.	Pédiatrie
	POLONOVSKI J.	Biochimie
	RICHET G.	Néphrologie

Professeurs sans chaire

M.	BRICOUT F.	Bactério-Virologie
Mme	CHAPUT A.	Stomatologie
M.	DUHAMEL G.	Hématologie
MM.	LESTRADET H.	Pédiatrie
	PICARD J.	Biochimie
	PIERON R.	Pneumo Phtisio.
	ROUX Ch.	Embryologie

MAITRES DE CONFERENCES

M.	AKOUN G.	Médecine
Mme	ARON D.	Ophtalmo
MM.	AMSTUTZ P.	Réanimation
	APOIL A.	Orth. Traum.
	ARDAILLOU R.	Physiologie
	ATTAL C.	Pédiatrie
	BAUX S.	Chirurgie
	BOURY G.	Chirurgie
	CHEYMOL G.	Pharmacologie
	CHOUARD Cl.	O. R. L.
	CLOAREC M.	Médecine
Mme	COMBRISSON A.	Hématologie
MM.	DECROIX G.	Pneumo-Phtisio
	DELIGNE P.	Anesthésiologie
	DOYON D.	Radiologie
	FONTAINE J.L.	Pédiatrie
	FOUET P.	Thérapeutique
	GAUTIER H.	Physiologie
	GRUNER M.	Chirurgie infantile
	GUILMET Cl.	Anesthésiologie
	GUIRAUDON G.	Anatomie
	HERMAN D.	Médecine
	HUGUET Cl.	Chirurgie
MM.	HUGUIER M.	Chirurgie
	KRULIK M.	Méd. Gle
	LASFARGUES G.	Pédiatrie
	LAUGIER A.	Radiologie
	LEVY V.G.	Médecine
	MALAFOSSE M.	Chirurgie
	MENSCH B.	Biophysique
	MERY J. Ph.	Néphrologie
Mme	MIGNON Fr.	Néphrologie
MM.	NAJMAN A.	Hématologie
	NICOLLE M.	Neurologie
	OPOLON J.	Médecine
	PAQUELIN Fr.	O. R. L.
	PISSARRO B.	Méd. Préventive
	RAMPINI Cl.	Biochimie
	RICHARDET J.M.	Pédiatrie
	ROLAND J.	Anat. pathol.
	SALAT J.	Obstétrique
	SALMON Ch.	Hématologie
	SANTARELLI J.	Obstétrique
	WARGON H.	Méd. Expérim.
	WEINMANN S.	Biochimie
	WITCHITZ S.	Cardiologie

Enseignants Associés

M. *ELIAKIS Em.* Médecine Légale

Enseignants Contractuels

M. C. A. — M. *KIRSCH F.* Physiologie biochimie

Chargés d'Enseignement

MM.	*BENOIST*	Rhumatologie	MM. *DUNET*	Endocrinologie
	BRUEZIERE	Chirurgie infantile	*LOFFREDO*	Obstétrique
	CRISTOL	Cardiologie	*SALOMON*	Rhumatologie

Attachés d'Enseignement

MM.	*CASASSUS*	Cardiologie	MM. *HIVET*	Chirurgie
	COUVREUR	Thérapeutique	*MIGNOT*	Neurologie
	DES LAURIERS	Neurologie	*SAUVAN*	Cardiologie
	GALLOUEDEC	Pneumologie	*VANNIER*	Pneumologie

A mes parents

A Florence B.A.

A Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

Professeur à la Faculté de Médecine
de Créteil - Paris XII

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a fait l'honneur de
présider notre thèse

A Mademoiselle le Docteur COLMART

Médecin-chef des Hôpitaux Psychiatriques

Dans le service de qui j'ai pu rassembler

les éléments de cette thèse

P L A N

I - CHAMPS, LIMITES, ENJEU D'UNE EXPERIENCE DE TRAITEMENT EN SERVICE FERME p. 1

II - L'INSTITUTION EN QUESTION p. 9

III - SUR 18 OBSERVATIONS DE PSYCHOTIQUES p. 17

IV - CONCLUSIONS p. 55

V - APPENDICE = METHODOLOGIE ET RESULTATS p. 61

VI - BIBLIOGRAPHIE p. 75

Affres du passé nécessaires
Agrippant comme avec des serres
Le sépulcre de désaveu

Mallarmé "Autres poèmes"

I - CHAMPS, LIMITES, ENJEU D'UNE EXPERIENCE DE TRAITEMENT EN SERVICE FERME

CHAMP, LIMITES, ENJEU D'UNE EXPERIENCE DE TRAITEMENT EN SERVICE PSYCHIATRIQUE FERME.

On connait les critiques adressées au principe des experimentations chimiothérapiques en psychiatrie : échantillonnage reduit ou peu représentatif, imprécision des critères de reussite ou d'echec, rareté d'études neuro-physiologiques sérieuses, mais aussi bien indifference ou sous-estimation de l'expérience vécue de la psychose. Pour tout dire, on regrette tant leur défaillance à étudier l'organicité comme telle, que l'irréalisme d'une évasion hors de l'expérience du Sujet, traité purement et simplement comme une collection de symptômes. D'où certaines des incertitudes, des difficultés et des surprises du traitement ultérieur des psychotiques chroniques.

La visée d'une telle critique n'est pas, ici, de s'installer dans toute la profondeur, voire la béance, de l'écart organo-dynamique, constitutif, selon Henri Ey de la psychiatrie, ni de recentrer, face à un empirisme toujours renouvelé , le rôle du thérapeute et de la vérité de sa parole, car il est clair qu'un tel champ, de ce qu'il s'institue d'entendre dans la parole "folle" tout l'illimité, le non-su et l'inter dit du Désir, ne saurait qu'être, comme lui indéfini et infini. Mais de dégager les conditions et les résultats d'une expérience de traitement, menée dans un service classique fermé, voire asilaire, d'une série de"malades"psychotiques, la plupart réputés schizophrènes, souvent internés de longue date, et mis simultanément sous neuroleptique d'action prolongée (le Décanoate de fluphémazine). Bref, à partir d'une approche psycho-dynamique du vécu d'un groupe de psychotiques, des modifications du rapport soignants-soignés, il s'agissait aussi de poursuivre l'étude des fissures, lignes de fuite, voire les fractures ou dissolutions ayant atteint l'institution dans cette période, et ses réactions en retour vers une remise en ordre. L'enjeu était alors une prise de conscience

de chacun impliquant une modification ou une confirmation des rôles, la possibilité ou le refus d'une libre écoute de la parole du Sujet, l'évolution vers une mobilité des identifications ou le maintien de l'objectivation idéalisante, une redistribution de l'economie libidinale ou la poursuite du morcellement asilaire.

Définir l'Institution en question est nécessaire mais malaisé. Non seulement par l'évidence de forces centrifuges au travail depuis longtemps, mais difficiles à cerner. Mais surtout par son insertion dans un hôpital où, pour avoir paru d'avant-garde, il y a 2 ou 3 décades il n'était plus que le modèle d'un ordre de choses anachronique et répressif.

Longuement "tenu" par un(e) Médecin-Chef à l'autorité antique, dont le pouvoir s'appuyait sur une Surveillante redoutée, fortement structuré et hiérarchisé, le Service poursuivait une activité de comptabilité et de collectionnisme obsédants. Plusieurs fois par jour, les infirmiers comptaient et recomptaient les médicaments utilisés et les stocks restants, chiffres qu'ils recopiaient ensuite sur des listes interminables. Travail vérifié régulièrement par le sous-directeur ou même le Directeur en personne. La hantise du passage à l'acte de malades, certains hospitalisés depuis plusieurs dizaines d'années, était constante, et le but ultime du Service, sinon sa devise, semblait être : "Un infirmier derrière chaque malade".

Les sorties étaient "rares et chères", accordées comme des faveurs. La "réadaptation du malade mental", officiellement favorisée, était dirigé vers l'ergotherapie, dont nous dirons quelques mots. Il va de soi que toute activité ou expression autonome des soignés, comme des soignants, était rendue impossible.

Dans ces conditions, la mégalomanie, le masochisme, les revendications auto-punitives ou suicidaires le propre travail de déréalisation des soignés n'avaient souvent d'autre frein que les murs du Pavillon,les serrures de sécurité, voire les épaules des infirmiers ou les ceintures de sureté. Si certains, guéris après un épisode aigu ayant motivé leur mesure de placement en PO attendaient toujours la transformation de cette mesure et leur sortie, si d'autres psychotiques chroniques dont le délire s'était spontanément enkysté ou tari après plusieurs années d'internement, voyaient poursuivre leur hospitalisation, on y trouvait aussi un nombre

élevé de délirants chroniques, paranoïdes, catatoniques, profondément autistique, que de multiples traitements biologiques, des doses élevées de neuroleptiques, voire des lobotomies, n'avaient pu améliorer.

Toute mixité était proscrite : tel soigné se trouvait interdit de piscine, pour y avoir fait la connaissance d'une malade du "Service Femme" entretenu avec elle une correspondance, et lui avoir donné de nouveaux rendez-vous ; telle jeune schizophrène qui m'abordait dans un couloir était réprimandée pour la profondeur, bien imaginaire du decolleté de son corsage. En fait, on se doute bien que derrière ces apparences, de pultiples déviations sexuelles étaient, sinon la règle, du moins le fait accompli.

Quant à l'atelier d'ergothérapie principal, il était surtout orienté vers un travail parcellaire, avec une recherche de la rentabilité et du rendement. Il fut toujours impossible d'en connaître les comptes de gestion, et il était d'ailleurs totalement sous la coupe de la surveillante Chef.

Bref, l'entrée dans un tel Service, dans la salle centrale du Pavillon où tournaient en rond frénétiquement psychotiques chroniques, et grands arriérés, montraient clairement à chacun que l'on franchissait l'un des derniers cercles d'une Société, plus lointain et plus désesperé peut être que ses prisons, "ces grands vaisseaux à odeur d'urine" ou ses bagnes.

Il est tout aussi clair qu'une tentative de modification d'une telle Organisation serait vécue comme acte de subversion, et pas seulement par l'autorité médico-administrative, mais aussi par bon nombre de soignants. Mais, inversement, les decisions ou interventions du Sommet, à mesure que se développait l'expérience, risquait fort d'apparaître comme acte d'autorité abusif, excès de pouvoir, voire meme simples passages à l'acte ce qu'en effet, elle était souvent. D'où une extension des possibilités de notre action, mais aussi les risques d'une création d'une situation confuse, limitant en tous cas les possibilités d'interprétation.

Ici, puisque la méconnaissance systématique de l'autre en tant qu'Autre était la règle, puisque la reconnaissance de la différence comme condition du Même

était partout absente, une telle situation était dès l'abord, destiné à se modifier de la façon la plus radicale (4). Ce qu'elle fit en effet, mais trop faiblement encore à notre gré.

Dans l'immédiat, il était vain de tenter quoi que ce soit sans s'appuyer sur les possibilités réelles de certaines thérapeutiques psychotropes. D'une part, parce que le Service avait aussi la mauvaise habitude de dénier à ses internes toute liberté de prescription, et qu'il s'agissait là d'une reconquête de notre statut psychiatrique, de notre droit de soigner. Ensuite, car nous étions en droit d'attendre des résultats intéressants de certains neuroleptiques, vu l'importance des formes déficitaires dans la série de psychotiques que nous sélectionnâmes. Enfin, car une forme d'action prolongée permettait d'éviter la sujétion de prises quotidiennes, et la dépendance qu'elles entrainent, tant vis à vis des soignants confirmés dans leur role de maternage, de bonne ou mauvaise mère nourricière que du médicament lui-même, devenant rapidement la bonne ou mauvaise drogue.

On sait qu'il est classique de dire, lors de l'étude de l'impact psycho-dynamique des psychotropes, que par un mécanisme le plus souvent inconnu ou mal connu, ils exercent une action d'ordre économique ou énergétique, propre à favoriser, dans les cas favorables, un retour à l'équilibre de l'économie libidinale ( ). Autant dire que s'ils jouent un rôle certain, à la différence des cures de Sakel, par exemple, dont les résultats favorables des debuts n'ont pu se maintenir lorsque l'intérêt des premiers expérimentateurs a fléchi, ce rôle reste largement conjectural, propre à des interprétations non univoques.

Dans le cas présent, l'utilisation dans des conditions précises d'un neuroleptique-retard semblait présenter le maximum d'avantages : garant de notre rôle de psychiatre, il assurait aussi certitude des prises et relative autnomie vis à vis des soignants. Parmi les produits existant, on a préféré le Décanoate de Fluphénazine, pour son action désinibitrice, son intérêt dans certaines formes de schizophrénies déficitaires, sa bonne tolérance neurologique, sa forme injectable et sa longue durée d'action assurant des

intervalles de 3 semaines en moyenne entre 2 injections. L'expérience a porté sur une série de 18 psychotiques, choisis parmi la centaine de "malades" du Pavillon, avec une prédominance de schizophrènes et une grande variété de formes cliniques. Parmi ces patients réputés schizophrènes, certains étaient internés depuis plus de 20 ans, d'autres depuis quelques semaines, leur âge allant de 20 à 50 ans.

Pendant toute la durée de cette expérience, ce sont les formes vivantes de la vie du Pavillon, le réseau de ses habitudes, sa trame concrète et quotidienne, que nous avons ainsi découvert, mais aussi son mouvement secret, sa clandestinité, son non-su et son interdit qui se sont révélés. En retour une telle découverte modifiait notre champ et nos possibilités d'action.

Quant au secteur extra-hospitalier, s'il existait sur le papier, comme prévisible, il nous fut tout à fait impossible d'y suivre les malades sortis du Service, pas plus que, sauf exception, d'avoir une action au niveau familial. La question est d'ailleurs posée de savoir si, dans de telles conditions, il ne s'agissait pas de perversion pure et simple de la politique dite de Secteur.

II - L'INSTITUTION EN QUESTION

L'INSTITUTION EN QUESTION

Si la diminution ou la disparition de la fonction maternante dévolue aux soignants, de leur rôle de "bonne ou mauvaise mère" à la toute puissance destructrice, renforçant le pouvoir magique de drogues quotidiennes administrées peut être liée à la substitution d'un médicament retard, si la voie d'administration parentérale réalise un mode d'action plus incisif et agressif, si l'espacement des injections et leur répétition assurent, comme on l'a dit une restructuration du "temps vécu" schizophrénique, on pointera ici l'avantage particulier d'un traitement qui semble n'agir que par son absence et son espacement même. Son absence (son manque ?) certes, marques d'un produit qui n'agit qu'après son injection et sa "disparition" du corps morcelé du psychotique ; son retard, son espacement, son action differée, favorisant une restructuration temporelle fondamentalement opposée à,l'éternité figée du temps schizophrénique ( ). Conditions sans doute d'un abord privilégié de la psychose : le mieux que l'on puisse attendre d'un psychotrope, outre un certain degré d'efficacité, est sans doute de se faire oublier. Et l'on verra que la "mise en train" une fois effectuée, avec les précautions d'usage, la suite du traitement pourrait se dérouler avec le minimum de difficultés, l'action du produit étant simplement "modulée" à la demande par une autre association thérapeutique, si deux objections ne pouvaient toutefois être soulevées :

- d'une part, l'introduction par voie parentérale réalise un mode d'administration plus agressif, évoquant des fantasmes de pénétration et de possession, et pouvant comme tel être refusé. D'où la nécessité d'un accord explicite, voire contractuel, du soignant et du soigné.

Mais il semble vain de s'illusionner : un neuroleptique d'action retardee aussi longtemps qu'elle soit, reste un neuroleptique, il continue d'entretenir une certaine dépendance infantile aux soignants, et surtout de par son efficacité,même, il se prête tout naturellement à une "récupération" et un "détournement" par la structure soignante, tel qu'il peut dénaturer tout projet therapeutique.

- D'autre part, la prolongation possible des effets secondaires neurologiques. Mais si s'évanouie alors l'aura magique attachée au médciament, il semble que l'on soit mieux à même de recenser les rôles respectifs des soignants et du Malade dans le traitement de l'organisation psychotique. D'une part, va intervenir l'effet de triangulation entre ces trois personnes, etleur personnage respectif. Et l'on sait, ou l'on croit savoir que c'est la persistance de la relation duelle narcissique, l'inaccessibilité à la relation triangulaire, qui semble être à la source de la métaphore, ou la catastrophe delirante, de la rupture du tissu du Symbolique.

"Ainsi se décèle un défaut fondamental, quant à la réalité, selon la terminologie classique, mais aussi forclusion (Verwerfung)(Lacan) par l'inaccessibilité à la loi oedipienne, dans le sens et le système de ses termes, avec celui, central, du Père sur qui repose l'organisation symbolique : Loi non seulement d'interdit, de refoulement, mais aussi de transgression pour l'Eros, et d'accès à la mort symbolique.

Avec ce "manque" qui pourrait représenter la barrière de la psychose (manque d'un manque dans la mesure où la relation oedipienne s'établit sur la rupture du sevrage, de la séparation, en s'écartant de la relation duelle narcissique, et d'une "fusion" fantasmatique) la question qui se pose est de rendre compte de l'organisation psychotique".(1)

Au fil du temps, on a pu individualiser plusieurs types d'évolution. On distinguera essentiellement 3 tableaux :

---

(1) Rosolato "Du symbolique" : signification de l'Oedipe et des fixations prégénitales pour la comprehension de la psychose.

1º) Tantôt, et surtout dans les formes productives, chez les sujets plus jeunes, peu ou pas hospitalisés, plus "mobilisables" - en gros, les bouffées délirantes, les schizophrénies incipiens, les schizonévroses, certains paranoïdes - on va assister à un bouleversement des défenses psychotiques, à un véritable "moment fécond", accompagné d'une émergence anxieuse, difficilement supportable par le malade et les soignants. Qu'il s'agisse de "deuil de la psychose", de "syndrome de manque" psychotique, d'état depressif secondaire, parfois seulement d'inhibition, ou d'athymhormie, sous l'effet des remaniements de l'économie de la psychose, par l'association chimio- et psychothérapie, il semble bien que l'on tende vers un tel état d'équilibre instable, un tel passage délicat (Cf Les cas nº 8, 17, assez comparables, et surtout nº 11). Là se situerait le moment décisif de l'évolution.

a) favorable, à travers des remaniements multiples, des processus d'identification complexes, dans un climat transférentiel souvent intense, qui demande une bonne maitrise du contre-transfert par le thérapeute, on assiste alors à l'apparition de défenses plus "névrotisées" de style déjà différent, qui permettraient assez rapidement d'nevisager une sortie en milieu familial ou en "post-cure".

b) Sinon, si les aspects négatifs des relations thérapeutiques prennent le pas, on assiste à une évolution catastrophique, avec reproduction des défenses psychotiques, morcellement et idéalisation projective, récidive rapide délirante avec le désavantage d'avoir déjà joué presque toutes ses cartes (Cf les cas nº 8 surtout nº 12). Le malade se retrouve alors rapidement maintenu, isolé, et assommé par une véritable escalade neuroleptique. La destructuration asilaire aura alors parfaitement joué son rôle et réussi son entreprise.

2º) Tantôt, dans les formes déficitaires, chez des malades internés de longue date, au délire parfois de a enkysté, - hébéphréno-catatoniques, certaines schizophrénies affectives, formes "vésanique" de schizophrénies paranoïdes, et autres "déments précoces" - la longue durée d'évolution, la chronicité, le caractère profondément autistique de telles organisations laissent peu de chance à un abord psycho-

therapique immédiat, les possibilités transférentielles étant limitées. On laisse alors sa chance à la chimiothérapie seule, accompagnée d'entretiens réguliers. C'est uniquement dans ces cas qu'une échelle d'appréciation "symptomatique" des résultats est valable, puisque l'on compare alors l'action homogène du produit et non les effets surajoutés dans le champ transférentiel (1).

a) On observe alors une lente évolution vers une "amélioration" pavillonaire, d'autant que le rejet général est alors massif, et ce sont les cas nº 2, 5, 10 voire 7.

b) Mais on peut aussi avoir la "surprise" d'observer un moment fécond, avec libération anxieuse, parfois modifications de l'humeur, voire récidive ou "réactivation" d'un noyau psychotique tari ou assoupi, et parfois réapparition d'un négativisme déchainé (Cf cas nº 3, 5, 16).

Toutes ces manifestations semblent lourdement chargées de sens, difficiles à interpréter, car entrant dans un champ ou le "rejet" est déjà massif et de longue date.

3º) Enfin, dans certains cas "favorables" on assiste au contraire à un enkystement du noyau délirant avec appauvrissement parallèle de la personnalité (nº 9) ou une évolution vers une schizophrénie simple (cas nº 1, 4, 15) là ou les possibilités transférentielles subsistaient encore, sans rencontrer d'oppositions internes trop fortes.

Au terme de cette étude (exéprience ? épreuve ?) on insistera surtout sur l'impression vertigineuse créée par la barrière étanche représentée par une telle institution, où la plupart des échanges entre soignants et soignés ont lieu dans l'incompréhension, dans une sorte d'atmosphère inquiétante, où seuls, certains malades témoignent encore parfois d'une étrange clairvoyance.

---

(1) Pour être rigoureux, seuls de tels cas mériteraient d'être comparées. D'où l'action différente selon la symptomatologie retenue.

On me rapporta le mot d'un schizophrène hospitalisé depuis longtemps, à la fin d'une des dernières réunions que j'organisai : "Tout ça, c'est encore le moyen de répérer les plus fous d'entre nous".

On a insisté, au fil des observations, sur le formidable renforcement des défenses psychotiques, du morcellement et de l'idéalisation projective, de l'énorme rejet que représente un tel Service. On ne chercherapas à faire entrer une organisation aussi anachronique dans la nosologie institutionnelle, à savoir, si elle était orientée vers un pôle psychotique paranoïaque ou pervers.

Ce vertige évoqué se redouble d'une incertitude quant à la qualité des résultats ainsi obtenus. Sans vouloir entrer dans la problématique actuelle concernant la psychose et sa guérison, on ne peut s'empêcher de penser à la valeur d'épreuve que représente la mobilisation d'une structure psychotique. Partout où l'on obtint quelques succès, semblait être impliquée une métabolisation des défenses néantisantes et destructrices, associée à une libération anxiogène parfois difficilement supportable. C'est de la valeur et de l'intensité de cette "épreuve de réalité" que semble dépendre le pronostic ultérieur, impliquant un engagement personnel du thérapeute.

Là semblent se focaliser les tensions d'un passage des limites de l'expérience (corps morcelé, corps sans organe, fusion narcissique, toute puissance des pulsions, intemporalité du vécu) à l'expérience des limites. Là se situerait le point nodal d'une "guérison" qui soit autre chose qu'une mutilation.

C'est aussi poser, implicitement, le problème des relations, rapports ou noeuds liant soignants et médecins. On verra que là ou le traitement se révélait efficace mais contraignant (voir cas nº 11, 12, 14) l'effort spontané de "l' institution" fut de le freiner, le dévier ou l'arreter. Pour autant que cette evolution mettait en cause les positions de chacun face à lui-même, on fut sûr, plus ou moins vite, de trouver quelqu'un qui en fut géné.

Seule la sanction était difiérente, selon son degré de pouvoir.

Si ce traitement fut une suite de compromis passés avec les soignants, compromis nécessaires taciteset tactiques, la question se pose de savoir si jusqu'où et dans quelles mesures, ils peuvent être une entrave, au déroulement d'une telle expérience. C'est poser la question du rôle du médecin dans une telle institution, s'il ne souhaite en être ni le bouffon ni l'alibi. Mais ceci est sans doute une autre histoire, qui s'écrira difiéremment et dans d'autres lieux ...

III - SUR 18 OBSERVATIONS DE PSYCHOTIQUES

1/ On note deux impossibilités de prescription dans un état limite (nº 13) et dans une schizophrénie simple ou affective (nº 14).

OBSERVATION nº 13

PEY J.., 25 ans, interné en PV, célibataire, sans profession.

Il s'agit de la 1ère hospitalisation psychiatrique d'un sujet "border line", en état de dépression atypique, s'isolant depuis 2 mois dans la chambre qu'il occupait avec son amie enceinte, alité, ne s'alimentant plus et arrivé à l'hôpital très affaibli, sub délirant sur des thèmes vaguement persécutifs. Après une bouffée confusionnelle, due à un surdosage neuroleptique chez ce jeune homme amaigri et en mauvais état général, l'état psychique s'améliorera rapidement sous un traitement comporant:

- Moditen fort : 350mg
- tercian : 60 gouttes

avec persistance d'une thymie anxieuse, d'une recherche du contact assez ambivalente, et d'une certaine sensitivité. Son histoire s'éclaire alors d'éléments biographiques méconnus jusque là : fils unique d'un metteur en scène à succès de l'ORTF, il est mis en nourrice et pratiquement élevé jusque à l'âge de 7 ans par ses grands-parents maternels en province, gens simples avec qui il semble avoir été heureux. Repris par ses parents, il éprouve de grandes difficultés de contact avec eux, "trop turbulent dit-il, j'étais comme un petit paysan". Il admire et redoute tout d'abord son père, ne se sentant jamais à l'aise avec lui. Il éprouve également des difficultés scolaires, fugue à 17 ans sans passer le baccalauréat, s'engage dans la légion, déserte, est repris, faitl an de prison militaire, puis vit de petits métiers épisodiques, plus ou moins marginal.

Il a rompu toute relation avec sa famille, fait la connaissance de cette jeune fille, de milieu aisé, et dont la famille semble l'avoir adopté. La dépression survient après le début de la grossesse de son amie, et en relation évidente avec celle-ci. Au total, il s'agit manifestement d'un sujet prépsychotique, dont on peut redouter une rechute ultérieure, vu le caractère "abandonnique", le peu "d'insight", la tendance à l'idéalisation fusionnelle et projective, les mécanismes persécutifs sous-jacents. Pour des raisons d'opportunité immédiate et pour satisfaire au désir, non pas tant de ce patient, sympathique mais fragile, mais surtout de sa future belle famille (?) il n'a pas été possible de lui prescrire un traitement adequat pour permettre sa sortie plus rapide, ni d'envisager une psychothérapie suivie. Le pronostic reste très réservé.

OBSERVATION Nº 14

SAR., Carl, 34 ans, célibataire, sans profession, interné en PO en 1969.

Est un schizophréne hébé-phréno-catatonique, hospitalisé après une bouffée délirante inaugurale, et dont l'observation illustre les difficultés de traitement, par refus du malade, après une longue période d'isolement.

Carl est le dernier d'une fratrie de 3 frères, le père est d'origine néerlandaise, divorcé, installé en France à la Libération ; Carl semble avoir été élevé par sa tante paternelle, les parents ayant divorcé peu de temps après sa naissance et il ne semble avoir gardé aucun souvenir de sa mère. Il a 5 ans lorsque son père vient en France, et fait la connaissance d'une veuve, avec qui il vit encore actuellement sans s'être remarié.Celle-ci élevera alors Carl, qui semble avoir présenté des troubles scolaires importants, en partie liés à l'apprentissage de la langue française. Alors que les 2 frères ainés réussissent parfaitement, en particulier l'ainé, créateur d'un cours de langues et d'enseignement par correspondance, l'éducation de Carl est difficile

il ne semble s'intéresser qu'au domaine linguistique, apprenant simultanément ou successivement l'anglais, l'allemand, l'arabe, amassant traités de grammaire et dictionnaires. L'amie du père de Carl le décrit comme un enfant, puis un adolescent difficile, et bizarre. Très solitaire, original, autodidacte, vers 19 ans il entame un long épisode sentimental, non partagé et dont la "rupture" semble avoir déclenché chez ce réveur éveillé, ce schizoïde boudeur et morose, la catastrophe délirante. Au total schizophrénie affective et dont l'expérience délirante inaugurale, assez vite et bien résolue, sous neuroleptiques, ne justifiait pas, semble t-il, une aussi longue durée d'hospitalisation. Ajoutons qu'auparavant, il a pu, sans jamais être totalement autonome, arriver à exercer une activité professionnelle épisodique de réceptionniste, traducteur, documentaliste pour Encyclopédies, en continuant à être logé par son père, gardien d'usine.

Dans le service, il mène une existence très ritualisée, "inactif" selon les infirmiers, poursuivant en réalité ses préoccupations linguistiques, très isolé, autistique, apparemment "athymhormique", en fait farouchement opposé à toute intrusion dans le domaine de sa vie psychique. Il sort une fois par semaine avec sa "belle-mère".

Il recevait journellement - Largactil:75mg et l'on décide, avant de lui donner du Modécate, d'ajouter Moditen fort : 600 mg.

L'effet, sans être nul, est peu important, le contact est peut être un peu plus facile, mais l'effet sédatif de la Fluphénazine semble l'emporter.On envisage alors une substitution rapide du Modécate au Modtien, pour bénéficier aussi de son effet incisif. On souhaite surtout favoriser rapidement une sortie qui semble s'imposer.

Il semble bien alors que les soignants,par refus d'une telle perspective, favorisent, par une présentation agressive, l'échec de ce projet. Il est tout à fait impossible de le décider à accepter l'idée d'une injection, qui semble s'associer à des

à des fantasmes de pénétration et de possession très primitifs.

On maintient alors la chimiothérapie déjà proscrite en étant bien conscient de ses limites. En definitive, échec d'une modification thérapeutique, dans un cas de schizophrénie affective, favorisée par une attitude "contretransférentielle" des soignants.

2/ Trois échecs : l'un dans un cas de paranoïa sensitive par apparition de signes extra-pyramidaux, le second chez un schizophrène hébéphreno-catatonique par recrudescence du négativisme (nº 3), le dernier chez un jeune schizophrène paranoide après récidive délirante (nº 12)

OBSERVATION Nº 6

DUV., Jean, célibataire, sans profession, 49 ans, interné en PO le 24/7/72, hospitalisé à plusieurs reprises depuis 1964, pour une psychose délirante chronique de persécution.

Se barricade chez lui et refuse d'ouvrir, répondant à travers les fenêtres par des invectives. Aux dires des voisins, se croit persécuté par les Portugais habitant la maison voisine, qui l'ont fait enfermer à C. et essaye de les frapper à coups de bâtons. Fait du tapage jour et nui, vérifie et contrôle tout ce qui vient de l'extérieur, en agressant verbalement les passants".

EN réalité, il s'agit, chez un sujet au fonds mental très fruste, d'un délire chronique de persécution et de préjudice, avec attitude opposante, réticence sthénique, refus d'aliments par idée d'empoisonnement, thymie sombre et sub-dépressive, évoquant une paranoïa sensitive en amélioration à sa dernière sortie, placé chez un prêtre comme homme de peine, et dont la rechute fait suite à la mort

de ce religieux, et à son retour au domicile de sa mère, puis à l'interruption du traitement.

Dans le service, après une imprégnation au Moditen fort : 400 mg
avec des correcteurs associés :

- akinophyl : 4 mg
- ponalide : 7,5 mg

On pratique une 1ère injection de Modécate : 350 mg (14cc). Dans les jours suivants, on note l'apparition d'un syndrome extra-pyramidal majeur, avec akinésie, hypertonie et surtout tremblement des membres supérieurs qui, en dépit de l'augmentation des doses de correcteurs, mettra 8 semaines à disparaitre progressivement, et qui s'est accompagné d'une aggravation de l'humeur.

On arrête donc les injections, comme tout traitement neuroleptique que l'on remplace par une association de Sulpiride et de tranquillisants :

- Dogmatil : 200 mg
- Atrium : 1200 mg

avec une évolution favorable, un enkystement du noyau délirant, et une amélioration de l'humeur.

Au total, apparition, chez un paranoïaque sensitif d'un syndrome extra-pyramidal majeur et prolongé, après la 1ère injection de Modécate qui force à interrompre ce traitement.

OBSERVATION N° 3

BOM., 38 ans, célibataire, cuisinier-patissier, 1ère hospitalisation à 20 ans, puis 3 internements successifs, placé en PV dans le service depuis 1960 pour :

"Schizophrénie avec subconfusion, dépression, troubles du cours de la pensée". Il s'agit d'un schizophrène hébéphréno-catatonique, non amélioré depuis

des années en dépit de multiples traitements, ayant comporté cures de sommeil, sismothérapie (9 chocs en 1962, 26 en 1967) + cures de Sakel, chimiothérapie : Chlorpromazine, Halopéridol, Thiopropérazine, Thioridazine, Fluphénazine (jusqu'à 1200 mg) Ipromiazide, Fluanizone.

Un examen psychologique en 1961, notait les éléments suivants : "présentation amorphe. Aucune initiative verbale ou motrice. Bradypsychique. Contact affectif pauvre.

Si l'on s'en tient à la stricte interprétation des indices numériques, l'efficience intellectuelle globale situe actuellement le sujet à la limite supérieure de la débilité mentale :

Au Wechsler	Ql verbal	78
	Ql p	74
	Ql total	74

mais certaines pointes dans les résultats permettent de penser qu'il y a une baisse actuelle de l'efficience due à la maladie et que les possibilités intellectuelles réelles du sujet approchent la moyenne".

EN 1967, au Rorschach.

"Pauvre, dévitalisé, prédominance de la sensibilité aux couleurs, peu de bonnes formes, beaucoup d'impressionnisme. Style haché, dysmorphique, quelques bizarreries du type "slip".

Pauvreté du TM : stéréotypies, contact inauthentique".

Actuellement, il présente un comportement où domine le catatonisme : incohérent, maniéré, inauthentique, impulsif, adhésif ou opposant, avec paraminies,négativisme, stéréotypies.

Son traitement comportait, avant la prescrip-

tion de Décanoate, l'association suivante :

- Chlorpromazine : 400 mg
- Fluphénazine : 600 mg

avec des correcteurs :

On subsistue alors au Moditen le Décanoate 500 mg (20cc) + Fluphénazine : 100 mg au rythme d'une injection toutes les trois semaines.

Outre l'apparition d'un syndrome hyperkinésie-hypertonie avec akathisie tasikinésie, on assiste alors à une recrudescence du négativisme, BOM se présente alors comme un "Grand fou", totalement incohérent et discordant, aux sourires inadaptés, aux propos énigmatiques, à l'agitation incessante, impulsif et agressif. Les contacts que j'ai eu avec lui se limitent alors, lors de la visite du matin à son passage rituel dans le bureau des infirmiers où il récolte les mégots de cigarettes, en souriant d'un air entendu :

" très troublé, instable, incohérent, delirant, agrssif (contenu) s'allonge sur le sol d'un air goguenard. A déchiré ses vêtements de nuit et son pantalon. S'est masturbé à plusieurs reprises dans la salle de séjour", selon le rapport des infirmiers.

On arrêtealors le Décanoate, après la 3ème injection, et on le remplace par de l'Oenanthate : 300 mg (12cc) tous les 15 jours en ajoutant :
- Fluphénazine (gouttes) : 150 mg
- Fluanizone : 150 mg.

en augmentant les correcteurs. Les troubles persistent pendant 3 à 4 semaines puis semblent alors régresser, et il reprend alors son "habitus" antérieur sur un mode qui semble cependant amélioré, en particulier avec un meilleur contact. On se pose la question de savoir si c'est l'effet propre de l'Enanthate maintenant à la 3ème injection, ou plutôt celui d'une reprise des échanges thérapeutiques avec un malade très autistique.

Au total, chez un schizophrène hébéphréno-

catatonique, ayant subi de multiples traitements biologiques sans amélioration, échec d'une tentative de chimiothérapie par le Décanoate avec apparition d'un syndrome hyperkinétique, qui régressera après augmentation des correcteurs, mais surtout d'une recrudescence du négativisme qui forcera à arreter les injections, et à leur substituer l'Enanthate, avec un résultat assez heureux sur le plan symptomatique sans que l'on puisse dire si la pyschothérapie n'a pas aussi joué son rôle.

OBSERVATION Nº 12

MPL., Alexis, 22 ans, interné en Pv le 13/10/72, célibataire, étudiant, schizophrène en évolution depuis 5 ans, vient du centre de cure de Bouffémont où il séjournait depuis 3 mois, pour "état d'excitation psychotique aigü avec réactions clastiques impulsives, anxiété majeure, et tentatives de fugues absurdes".

Originaire de l'Est de la France, ses premiers troubles ont commencé au collège, vers 17 ans par des pensées imposées, un sentiment d'influence, un petit automatisme mental, une expérience de dépersonnalisation, avec une baisse du rendement scolaire, chez cet ex-bon élève "fort en thème", un isolement et un apragmatisme croissant, associés à des troubles du caractère :

"Il m'arrivait de penser que j'étais un sujet d'expérience, on m'obligeait à faire quelque chose, c'était une sensation très diffuse".

Troubles à teinte mégalomane :

"J'étais dirigé par une présence surhumaine, par un Dieu particulier, j'avais l'impression de changer de forme".

A la suite d'une tentative de suicide par défenestration, il est hospitalisé une première fois à la clinique universitaire de Strasbourg. Suivent plusieurs tentatives de placement en foyers de post-

cure, cliniques médico-psyhcologiques, centres de repos, entrecoupées de réhospitalisations.

Le dernier séjour s'est particulièrement mal terminé :

"Début septembre, d'après la lettre du psychiatre de B. Alexis a présenté un état se manifestant par une recrudescence délirante dans un contexte anxieux, qui nous a obligé à augmenter son traitement, à suspendre son activité pédagogique et à supprimer sespermissions permanentes. Quelques jours plus tard, dans un contexte anxieux et délirant, interprétatif et hallucinatoire, il fait quelques dégats matériels dans l'institution".

Dans le service, son séjour (lui) sera particulièrement pénible : après une brève période d'amélioration initiale, ce sera une suite d'actes impulsifs et absurdes, de tentatives d'évasions, de vélléités suicidaires, qui le feront finalement transférer à l'Hôpital psychiatrique de son secteur, S. A l'entrée dans le service, il arrive avec des doses très importantes de neuroleptiques :

- halopéridol : 150 gouttes
- largactil : 350 gouttes
- Nozinan : 300 "
- Phénergan : 75 "
- Théralène : 100 "

associés à des injections :

- Largactil : 200 mg
- Nozinan : 125 mg
- Phénergan : 75 mg

L'état psychotique aigu va céder très rapidement, et l'on est alors en présence d'un sujet dissocié et discordant, réticent, mais apparemment capable de mener dès les premiers jours de l'hospitalisation de longues parties d'échecs. On arrête d'emblée son traitement d'entrée pour lui donner seulement :

- Moditen : 250 mg
- Sédalande : 60 gouttes
- Equanil : 1200 mg

Le résultat est, au début, excellent ; contact possible avec ce psychotique intelligent, sur un mode assez ambivalent, à la fois fusionnel et réticent, qui supportera d'abord bien son internement quoique animé d'un collectionnisme bizarre : "emballages de médicaments, bouteilles vides, bouts d'allumettes brulées, papiers en tout genre".

Quinze jours après son entrée, il reçoit sa 1ère injection de Modécate : 250 mg (10cc) en principe pour 3 semaines. Pendant toute la durée du traitement, persistera un syndrome extra-pyramidal, avec un tremblement fin des extrémités, apparu dès la miseau Moditen.

Surtout, alors que son état semblait s'améliorer, on va assister à un véritable moment fécond, avec modification de l'humeur, isolement, apparition d'éléments délirants paranoïdes, anxiété et discordance croissante. Cinq jours après la 2ème injection, survient une tentative d'évasion, très "pathologique" par ses circonstances et sa conclusion, dans la mesure où il décida son retour dans le service, après la réussite. L'anxiété et la discordance persistent. Il est alors d'autant plus rejeté qu'au cours de sa fugue il endommagea la voiture personnelle d'un infirmier. Nous fumes personnelement pris à partie pour ce fait par le Surveillant du Pavillon. Lorsqu'on sait toute l'importance fantasmatique qui s'attache à l'automobile dans l'imaginaire de certains soignants, on ne sera guère étonné de la suite des évènements. En dépit d'une augmentation des doses de Sédalande, il menaces les infirmiers, tente une nouvelle évasion, échoue et entre finalement à l'Infirmerie du Pavillon, où il se retrouve sous camisole chimique les poignets maintenus par les ceintures de force aux bracelets de cuir réservées aux agités, et bientôt lié aux montants de son lit. Les doses injectées sont augmentées à 300, puis 400 mg et rapprochées, de 21 à 16 jours, on y ajoute l'association suivante :

- Melleril : 150 gouttes
- Sédalande : 150 "
- Atrium : 3 comprimés

Dès lors et jusqu'à la fin de son hospitalisation, il se présentera surtout comme un schizophrène paranoïde, bizarre, énigmatique, plus discordant et

influencé qu'anxieux, le délire et la relégation avec les grands psychotiques et les arriérés profonds du Service venant comme mécaniquement combler l'angoisse profonde que le début de traitement avait levée.

"Recevant des ordres impératifs du Saint-Esprit, il a d'abord tordu son pied de lit et s'est enfoui la tête dans la cuvette des W.C., puis arraché les éléments de douche", dit le rapport des infirmiers. A la fin de son séjour, après 6 injections (2gr),avant son transfert, on notait une certaine amélioration, mais plutot sur le mode d'une cohabitation avec ses éléments paranoïdes et discordants.

Au total, l'émergence d'une angoisse majeure, liée au traitement, non métabolisable ni interprétable dans le Service, a conduit à la reproduction de la catastrophe avec son processus d'idéalisation projective et morcellante, semblant directement en rapport avec le caractère déréalisant et à la toute puissance destructrice de son internement.

3/ Meilleure adaptation pavillonnaire dans les formes déficitaires, voire vésaniques, soit dans les hébéphréno-catatonies (nº 2, 5, 10), soit dans certaines schizophrénies paranoïdes (nº 16).

OBSERVATION N≈ 2

BRE., Christian, 23 ans, sans profession.

L'observation se passerait volontiers de commentaires s'il ne s'agissait d'une psychose infantile ayant évolué vers un état déficitaire schizophrénique. Christian se présente actuellement comme un grand hébéphrène, très isolé, autistique, avec un retard considérable des acquisitions, cependant sans troubles thymiques ni caractériels, relativement "harmonique". Il travaille un peu en ergothérapie et passe surtout de longs moments immobile devant le poste de télévision. Il donne toute satisfaction aux infirmiers "calme et sans problèmes".

Depuis 7 ans hospitalisé, le certificat initial notait :

" présente depuis l'enfance des troubles à caractère de discordance ayant entrainé une inadaptabilité profonde, une extrême pauvreté des acquits et un comportement dynamique en milieu familial, logorrhée incessante avec revendication affective tragique. Echec de placement en IMP ; la vie familiale est du fait de la présence du sujet pénible pour les parents et intolérable pour les soeurs plus jeunes. L'état de Christian BRE nécessite son placement sous le régime de la loi du 30 juin 1838" (Dr Daumezon)

Les certificats successifs retiennent tous la présence de cette discordance : "semi-mutisme, réticence, quelques éléments d'automatisme mental, dont le seul personnage moteur est le père fantasmé sous un aspect d'extrême autoritarisme, quelques éléments obsessionnels".

Il n'y a pas d'élément organique à retenir, les EEG montrent tous un tracé sensiblement normal, riche en rythmes lents diffus, en rapport avec le traitement, sans accidents paroxystiques.

Le Q1 est de 58, avec une supériorité dans le domaine verbal, ce qui le situe au niveau d'une débilité moyenne : "difficultés pour différencier l'essentiel de l'accessoire, les formes ne sont pas différenciées, la situation n'est jamais perçue dans son ensemble".

Après un traitement de plusieurs années par neuroleptiques classiques, association de :

- Halopéridol : 40 gouttes
- Largactil : 30 Mg

on leur substitue, après un passage au Moditen fort : 200 mg, une injection toutes les 3 semaines de Modécate 200 mg (8cc). Après 11 injections maintenant, l'amélioration est sensible et semble se maintenir, avec une diminution de la discordance, mais davantage dans le

sens d'un enkystement et d'une "adaptation" supérieure à la vie pavillonnaire (au total 2,2 Gr).

En dépit d'une appréciation assez positive sur le traitement, il persiste un rejet familial massif dont témoigne une lettre des parents : "Malheureusement il s'avère une fois de plus que Christian n'est pas encore en état de partager la vie familiale plus de quelques jours, sans engendrer des troubles pour lui-même et sa famille, notamment sa petite soeur. Nous devons signaler toutefois que le traitement au Modécate semble s'avérér bien supérieur aux précédentes médications et nous laisse entrevoir un état compatible avec la vie familiale dans un avenir beaucoup moins mointain que nous ne le pensions".

Si le Modécate semble bien avoir facilité une évolution sensible de la situation, étant bien supporté par Christian, sans manifestation neurologique gênante, par sa famille et les soignants, son hospitalisation n'en parait pas moins devoir se prolonger, indéfiniment et l'engager vers une longue carrière asilaire.

OBSERVATION Nº 5

DUB., Julien, 49 ans, marié, interné en PO depuis 23 ans (1950) pour :

"Syndrome d'aspect schizophrénique chez un débile mental avec indifférence affective, apathie, inertie, mutisme, négativisme, sourires immotivés et stéréotypés".

En fait, il semble s'agit d'un hébéphrène, ayant rapidement évolué vers un état de "démence précoce", où domine le négativisme, inactif, indifférent, incohérent, mais le plus souvent mutique. Le traitement comprend en associations neuroleptiques diverses :

- Lévomépromazine (150 gouttes)
- Thioridazine (25 gouttes)
- Fluphénazine Halopéridol (35 gouttes).

Il y a peu d'éléments biographiques connus,

on sait seulement qu'il est marié, qu'il a eu plusieurs enfants, qu'il a été mobilisé à la Libération, participant aux combats de la fin de la Guerre jusqu'en ALLemagne, souvenirs qui reviennet parfois dans ses propos. Sur le plan somatique, il présente un ulcère de jambe chronique qu'il a laissé évoluer dans l'indifférence, et qui sera très amélioré par le traitement local. Sur le plan chimiothérapique, après une association de :

- Melleril : 25 gouttes
- Moditen : 400 mg

on substituera le Modécate au Moditen à doses identiques (16cc) tous les 18 jours. On a la surprise d'assister à partir de la 3e injection à un véritable moment fécond : excitation psycho-motrice, bizarreries, agressivité, hallucinations, insomnie, qui régressera rapidement après addition d'Halopéridol : 40 gouttes et augmentation du Melleril : 50 gouttes, en une quinzaine de jours.

On poursuit les injections, et l'on constate dès la fois suivante une amélioration : plus actif, plus cohérent, il exprime le désir de revoir sa femme et ses enfants et d'obtenir sa sortie.

Ainsi, amélioration globale et importante d'un psychotique hébéphrène, vésanique, après un moment fé- - cond transitoire, ne permettant pas d'éliminer totalement une sortie sous une forme appropriée.

OBSERVATION Nº 10

PAJ., Stanislas, 43 ans, célibataire, sans profession, interné en PO depuis 19 ans, pour "Syndrome hébéphréno-catatonique, avec dissociation intellectuelle, indifférence profonde à la réalité, repli sur soi-même, absence de communication avec autrui et de tout pragmatisme". Se présente actuellement comme "schizophrène sur fond de débilité mentale". En réalité il s'agit d'un hébéphrène présentant des accès de catatonie périodique, de durée prolongée, avec négativisme et discordance, mutisme complet, conservation rigide des attitudes, indifférence apparente, sourires immotivés. Entre les accès, il semble adapté à sa condition

"calme et serviable, s'occupant régulièrement au réfectoire" selon le rapport des infirmiers, en réalité ayant évolué vers une organisation vésanique de la personnalité, classique, "dément précoce".

Sur le plan somatique, il existait une gastro-duodénite, dont l'évolution a été favorable sous traitement anti-ulcéreux classique, sans retentissement de la chimiothérapie antipsychotique qui consistait en une association de Thioridazine et de Fluphénazine :

- Melleril : 75 mg
- Moditen : 400 mg (depuis 1965)

Le Moditen est alors remplacé par une injection de Modécate : 400 mg toutes les 3 semaines, sans entraîner d'amélioration notable, sinon une disparition des crises de catatonie. A ce jour, 6 injections ont eu lieu (gr), le recul est peut être insuffisant pour apprécier en particulier l'effet antipsychotique incisif sur un tel malade.

OBSERVATION Nº 16

TOR., Yvon, 39 ans, célibataire, sans profession, ni domicile fixe, témoin de Jéovah, hospitalisé une première fois en 1962 à 28 ans, interné en PO dans le Service en 1964, après arrestation pour vagabondage sur la voie publique et expertise médico-légale :

"Schizophrénie avec bradipsychie marquée, laconisme, troubles du cours de la pensée, mussitation, ambivalence, indifférence apparente".

Il s'agit en fait d'un schizophrène paranoïde arrêté en pleine expérience délirante, influencé et halluciné, parti prêcher la Parole et retrouvé errant et confus.

Peu d'éléments biographiques connus, mais importants ; la mère vivait en concubinage, elle place Yvon T. à l'Assistance Publique à 2 ans, service militaire en Tunisie, puis ouvrier spécialisé à Flins,

abandonne toute activité pratique lorsqu'il découvre les Témoins de Jéovah, il est alors logé chez d'autres membres de la secte ; plusieurs voyagespathologiques à la recherche de son père.

Dans le service, après réduction de la bouffée délirante sous association neuroleptique :
- Chlorpromazine : 450 gouttes
- Thioridazine : 300 gouttes, puis 500 gouttes

il reçoit depuis 1965 l'association suivante :
- Moditen : 200 mg
- Thioridazine : 25 gouttes

avec peu de résultats : conservation de la croyance délirante et de la discordance, indifférence affective interrompue parfois par de violentes impulsions faible activité aux ateliers ou à l'extérieur, évolution vers un enkystement et une paraphrénisation: il communique avec la Divinité et les Anges, il reste capable de prophéties et deréalisations miraculeuses, que l'hospitalisation a seulement interrompues. Les tests projectifs confirment la clinique montrant chez un schizophrène paranoïde, délirant et dissocié, une double thématique, mystique et fataliste. Il existe en effet derrière l'indifférence affective apparente, une thymie subdépressive que la suite de l'évolution confirmera.

Sur le plan somatique, on note l'existence;
- d'un psoriasis
- de troubles digestifs, nausées, vomissements.

Après une augmentation des doses de Fluphénazine : 400 mg , on débute les injections de Décanoate à la même dose (16cc), toutes les trois semaines, qu'il a d'ailleurs lui-même demandées. A partir de la 4ème injection, on assiste à une modification, derrière une reviviscence psychotique apparente, le délire d'influence fait place à l'apparition d'idées de malédiction et de damnation,dues à la perte de son don miraculeux, l'humeur devenant plus sombre, sans modification de la discordance. Malheureusement, l'hospitalisation en chirurgie pour une crise d'appendicite aigüe empêchera de juger de l'évolution ultérieure.

Ainsi, évolution d'une schizophrénie para-

noïde, internée depuis 9 ans, dansle sens d'une dépression de l'humeur et d'une modification de la croyance délirante et des idées d'influence. Le problème reste posé du rôle respectif de la chimiothérapie (action antipsyhcotique et incisive du Décanoate) et de la psychothérapie associée.

4/ Cinq cas d'améliorations partielles : 2 hébéphrénies (nº 1 et 4), 2 schizophrénies paranoïdes, chez un exlad, de niveau limite (nº 7) et chez un ancien élève de l'Ecole des Chartes (nº 9), enfin un cas de schizophrénie dysthymique (nº 15).

OBSERVATION nº 1

BAU., Albert, 33 ans, célibataire, technicien a été hospitalisé à plusieurs reprises depuis 1968. Il s'agit d'un schizophrène hébéphrène interné pour "état dissociatif, troubles du cours de la pensée, barrages et flou idéique, projets inadaptés, forte agressivité à l'égard des parents, parastisme mimique, stéréotypies diverse, sourires discordants, comportement autistique, errance en automobile, apragmatisme, il signale 5 accidents dont l'un suivi d'un TC, en outre 1 tentative d'inceste sur une soeur cadette".

Après mise au Fluphénazine : 500 mg pendant 1 mois, on substitue le Décanoate : 400 mg (16cc) toutes les trois semaines associé à :

- Largactil : 25 mg
- Halopéridol : 40 gouttes
- Sédalande : 80 mg

avec des correcteurs.

La 1ère injection a eu lieu le 4/12/72, dès les premières injections l'amélioration fut importante: sujet moins agressif, plus actif, s'occupant régulièrement aux ateliers, moins discordant et dissocié, plus cohérent ; il se plaint cependant d'une somnolence continuelle, la thymie est sub-dépressive, lors des sorties dans sa famille, il n'arrive pas à trouver une

occupation. Ce "syndrome de manque" psychotique n'a pas été amélioré réellement par la prise de 6 comprimés de Mefexamide quotidiens. Là encore, l'effet du Décanoate ne saurait être assimilé à celui de la Fluphénazine, l'effet antipsychotique incisif semble plus important. Bien qu'il soit possible que les troubles thymiques soient liés à l'importance des doses de neuroleptiques sédatifs et antihallucinatoires encore employées, on redoute cependant l'installation dans une forme de vie autistique, chronicisation d'autant plus à craindre, chez ce sujet schizoïde, qu'il habite pratiquement en face de l'hopital, et que le milieu familial semble très rejetant.

A ce jour, 8 injections ont déjà eu lieu, soit 3,2 gr, on se propose actuellement de diminuer rapidement les doses de neuroleptiques associés, avant d'envisager une resocialisation ultérieure, encore aléatoire et de parler de guérison symptomatique.

OBSERVATION Nº 4

CHE., J.P., 21 ans, célibataire, maçon, est un schizophrène hébéphrène, hospitalisé le 18/1/72 pour mutisme, parasitisme mimique, actes absurdes dont il a une conscience partielle qui l'a poussée à demander assistance :

"Ainsi, il se mettait en travers de la chaussée pour arrêter ou régler la circulation, montait en haut d'une échelle sans comprendre après coup pourquoi il avait agi ainsi".

Tous les examnns neurologiques pratiqués, cliniques et paracliniques, RX du crane, FO, Gamma-encéphalogramme, EEG, étaient normaux, permettant d'aliminer en particulier une épilepsie temporale.

Son comportement dans le service fut une succession d'actes apparemment absurdes, d'impulsions, de tentatives d'évasions sans suite. Apragmatique, il restait allongé des heures en se masturbant compulsivment.

L'examen psychologique retrouvait un Q1 à 78 avec au Rorschach :

- une mise à distance des affects, une restriction de la spontanéité, une difficulté à manier les réactions affectives symboliques.

- une pauvreté des associations personnelles et un recours au conformisme

- une approche de la réalité en dehors de toute chaleur et de toute spontanéité.

- une angoisse de type infantile devant le sur-moi.

Peu d'éléments biographiques connus, de son père alcoolique, décédé, il déclare qu'il vendait des meubles pour boire, de son beau père, avec qui il est en conflit et qui le frappe, qu'il n'oserait jamais lui répondre, de sa mère, qu'il l'aime beaucoup mais ne peut supporter ses cris.

On modifia le traitement primitif qui comportait :
- Largactil : 300 mg
- Halopéridol : 40 mg
- Dépamide : 900 mg

d'abord par le traitement suivant :
- Largactil : 175 mg
- Sédalande : 25 mg
- Moditen :400 mg
- Dogmatil : 400 mg

Puis après une quinzaine de jours, passage au Décanoate à même dose à raison d'une injection toutes les 3 semaines.

L'amélioration a été rapide, les comportements absurdes et impulsifs ne se sont pas reproduits, le "malade" reste apragmatique mais sans l'élément d'incurie qui s'y associait auparavant, et se présente comme un sujet schizoïde.

Après maintenant 6 injections, il évoque et demande sa sortie, mais sa famille la refuse, et il

n'y a pas de solution de post-cure, actuellement envisageable sur son secteur.

Cependant, on reste frappé par la persistance d'une fragilité, par l'absence d'une prise de conscience, par la négation de tout projet affectif authentique.

OBSERVATION Nº 7

CAR., Jean, 36 ans, interné en PO le 19/7/68 pour incurie, apragmatisme et isolement dans sa chambre d'hôtel. C'est un lad de la Société d'Encouragement de Chantilly, célibataire, sur qui l'on dispose, de très peu d'éléments biographiques, il prétendra toujours etre d'origine américaine, être né à Nice, et avoir été abandonné de sa famille. Il est possible que des éléments réels alimentent ce qui semble relever d'une fabulation délirante.

Il présentait à l'arrivée des troubles du cours de la pensée, évoquant une psychose discordante: incohérence idéo-verbale, propos flous, stéréotypies et barrages. Le fond mental parait pauvre, contrastant avec des ressources de langage assez étendues . L'ensemble évoquerait assez bien une "debilité mentale évolutive", une ancienne psychose infantile à évolution dysharmonique.

Son délire paranoïde, interprétatif, intuitif, et imaginatif, à thèmes persécutif et mégalomaniaques restait très pauvre centré sur les courses, l'entraînement et ses antécédents américains, de teinte tantôt euphorique, tantöt subdépressive et revendicatrice.

"On me fait passer pour le neveu d'Hitler, pour faire marcher le commerce de Chantilly et de la Région parisienne, surtout pour les tiercés. J'attends que l'on vienne me chercher, je ne suis pas obligé de me faire passer pour un cheval de travail et non d'argent. J'amuse le commerce. Je me suis débarrassé des affaires sales qui sentent le fumier et la crasse. Je ne fais pas partie du FBI comme on le prétend. Les menaces continuent".

Sans grande activité dans le service, il manifestait parfois une agitation psychomotrice, s'écriant "qu'il est le roi des chevaux".

Il fut d'abord traité par l'association neuroleptique suivante :
- largactil : 400 mg
- Halopéridol : 60 gouttes
- Moditen fort : 700 mg

sans grand résultat sur l'incohérence délirante, jusqu'en juillet 1970. Puis après un arret du Moditen, pendant 2 ans, on rétablit le traitement suivant :
- Halopéridol : 30 gouttes
- Moditen fort : 500 mg
- Largactil : 200 mg
- Sédalande : 9 mg

pendant 3 semaines, après quoi l'on remplaça le Moditen par une injection de Modécate toutes les 3 semaines, associée aux correcteurs habituels.

Après une phase de perplexité anxieuse, dès la 3ème injection, son comportement s'est amélioré, il ne délire plus que par intermittence, semble moins incohérent, et commence même à s'occuper assez régulièrement aux ateliers d'ergothérapie, sans présenter de syndromes secondaires génants.

Dès la 6ème injection, on pourrait parler de guérison, car le malade ne délire plus, ne présente plus de troubles du comportement, et sort seul, s'il ne se trouvait totalement désocialisé après 5 ans d'internement et s'il n'était pas relativement bien adapté à sa condition.

Au total, amélioration symptomatique équivalent à une guérison chez un schizophrène paranoïde de niveau limite, longuement hospitalisé.

OBSERVATION Nº 9

LAC., Paul, 45 ans, multiples hospitalisations depuis 1948, interné dans le service en PO en 1955, à 28 ans, célibataire, "écrivain", ancien élève de l'Ecole des Chartes.

Le certificat d'admission dans le service était assez bref (1955)

"Schizophrénie délirante, dissociation intellectuelle, barrages. Déjà interné à Ste Anne, Bourg en Bresse, et La Charité s/Loire. Sujet médico-légal, arrêt pour vagabondage".

Les certificats antérieurs rendent mieux cmpte de son état :

1/ Conclusions du rapport d'expertise du Dr Loo,médecin-expert : (1954)

"Présence d'un syndrome pathologique très riche, évoquant une psychose à double forme, mais au delà de laquelle certains symptomes font redouter la schizophrénie".

2/ Certificat immédiat (La Charité s/Loire)(Dr Achallé)

"Vient de la Maison d'Arrêt de Nevers après expertise mentale concluant à son irresponsabilité. Il présente un état fait de bizarreries, de rires immotivés, d'une variation rapide et brusque de l'humeur. Il exprime des préoccupations philosophiques et religieuses multiples, assez vagues et flous dans leur détail. Il a coupé, nous dit-il avec sa famille, et il repense le monde, depuis qu'une intuition lui a fait subitement comprendre que nous étions au Paradis terrestre. Tout un symbolisme se batit autour de cette idée dont il aperçoit la correspondance avec tout ce qui l'entoure. La schizophrénie doit être évoquée.

3/ Certificat de quinzaine.

"Schizophrénie. Il proteste contre son internement mais ses conceptions philosophiques et littéraires traduisent une inadaptation et une dissociation mentale. Ses diverses tentatives d'impression de ses oeuvres ou de publication d'un journal ont échoué, les écrivains, prêtres religieux, ministres s'étant récusés lorsqu'il a demandé leur appui. Il désire dans ses romans repenser l'idéologie marxiste pour la faire comprendre des "bourgeois", mais sa traduction est basée sur un symbolisme dont la source paraît être une intuition délirante. Sapensée n'arrive d'ailleurs pas à s'exprimer utilement et efficacement malgré sa culture. Ses oeuvres ont des thèmes bizarres. Il recherche le scandale et a rompu avec sa famille".

Les certificats ultérieurs parleront simplement de "schizophrénie avec conservation des idées délirantes".

En réalité si le diagnostic de schizophrénie ne fait pas de doute, le cas de Paul Lac. est loind'être simple et ne pourrait pas l'être, pour qui écrit : "mon délire est solution morbide afin de dénouer une situation sans issue" et qui signe "interné administratif".

Son seul cas pouvant faire l'objet d'une thèse ou d'un séminaire, il est impossible de le résumer sans risquer d'altérer la richesse des faits. Actuellement, c'est un homme d'allure juvénile, grand, mince, au regard gris vif, parfois perdu dans un rêve intérieur qui évoque assez certaines gravures de"dément précoce" illustrant l'oeuvre d'Esquirol. La comparaison s'arrête là, car il a poursuivi son "Oeuvre" depuis son internement, accumulant les notes sur des cahiers d'écoliers, enrichissant constamment sa "réflexion" sur un mode très flou et mégalomane, certainement paranoïde et paralogique, avec une prédilection pour les thèmes de rédemption de l'humanité, de communisme libertaire et cosmique, et la persistance du regret et du désir d'être publié, reconnu ? un jour.

Le"délire" semble enkysté et n'est nullement une entrave pour la vie courante dans le service. Faut-

il voir là la trace d'une vie psychique déjà presque irrémadiablement autistique ? Il s'occupe avec régularité en ergothérapie, et ses connaissances générales sont très appréciées des autres malades à qui il rend de fréquents services comme des infirmiers, au reste son intelligence, l'impression de dignité joyeuse qu'il donne, d'une persécution arbitraire qu'il supporte avec courage, le font respecter de l'ensemble du pavillon. Le contact et l'entretien sont parfaitement possible, sans négativisme ni discordance, no note simplement une certaine réticence à aborder le thème de ses réflexions habituelles.

De sa biographie, passionnante à étudier en détail, et qu'il a lui-même rédigé, on retient :

1º/ qu'il est le 5e et avant dernier enfant d'un premier mariage, ses parents appartenant tous deux à la bourgeoisie havraise, son père était courtier en coton. Sa mère décède des suites de couche après la naissance de la dernière fille. Il a 18 mois.

2º/ 6 ans jour pour jour après le décès, son père se remarie, il y a 2 filles de ce mariage, il est élevé par sa belle-mère, après l'avoir été par une gouvernante.

3º/ Elève dans des cours et institutions religieuses, puis au lycée Louis Le Grand, pendant la guerre, son père s'étant replié alors à Paris, avec très peu de ressources, père et fils partagent la même chambre et le même lit. Préparation de l'Ecole des Chartes. Reçu en 1946.

4º/ Après une enfance scoute, il entre à la JEC où il occupe des responsabilités nationales, parallèlement il entre en rapport avec les milieux existentialistes chrétiens (Esprit, etc..)

5º/ "début de son aventure", intuition délirante d'être appelé à se consacrer à son oeuvre d'écrivain en noël 1947

6º/ Donne sa démission des Chartes en 1948, après un échec à un certificat, début de psychothérapie (Dr Brisset, Pr Delay), puis de sa carrière asilaire.

7º/ 1951 "Date charnière. Je cesse d'adorer celui qu'on prend pour le Christ. Il y en a un autre et cet Autre l'Univers, le l'adore".

8º/ Poursuite de son oeuvre. Pendant une "rémission" prend contact avec le PC, puis "départ en pauvre parmi les pauvres, afin d'aller voir le Pape et Togliatti" Arrêté dans la Nièvre pour vagabondage, internement en PO (1954).

Depuis son hospitalisation, on note plusieurs bouffées délirantes.

Sur le plan thérapeutique, outre la chimiothérapie, il a subi cures de sakel, sismothérapie, cures de sommeil, sans amélioration notable. Son traitement comprend actuellement :

- Thioridazine : 40 mg
- Fluphénazine : 400 mg

depuis 1965, avec des correcteurs .

En outre, il existe un hernie hiatiale, avec une gastrite associée, que l'on traitera par le traitement anti-ulcéreux classique..

On substitue dose pou dose le Décanoate à la Fluphénazine : 400 mg (16cc) toutes les 3 semaines. On assiste à une nette amélioration dès la première et surtout la seconde injection : expression plus cohérente enkystement des thèmes délirants, possibilité d'une sortie temporaire en milieu familial.

Cette amélioration se poursuit actuellement, avec une certaine critique des thèmes délirants, après 7 injections (2,8 gr). La question reste cependant posée du risque d'enkystement dans une forme d'existence si profondément autistique.

OBSERVATION Nº 15

TON., Serge, 39 ans, marié, ouvrier agricole, est hospitalisé le 18/12/72 pour un "état d'excitation

délirante atypique, à thèmes mystiques et politiques".

Depuis 1951, il a été interné plus d'une dizaine de fois pour des épisodes identiques d'excitation ou de dépression atypique. La dernière hospitalisation a eu lieu dans un autre service du même hopital, où le traitement de sortie fut le suivant :

- Largatrex : 150 mg
- Halopéridol : 60 gouttes
- Citrate de Lithium : 3 gr

C'est le fils ainé d'une famille rurale de la Brie, il a toujours vécu dans le même village et vivait depuis le départ de sa femme, dans la maison paternelle. A la suite de la mort du père, il y a quelques mois et d'un syndrome dépressif de la mère, il perd la relation fusionnelle qu'il menait avec elle, arrête son traitement par incurie, et rechute. C'est le maire du village qui l'a fait hospitaliser.

C'est un homme de belle apparence, à la barbe de prophète, au regard vif, à l'air éveillé, qui présente un état d'excitation, avec fuite des idées, logorrhée et agitation. Mais les propos sont flous, assez incohérents, on note des barrages, du "fading", des réticences, les thèmes plus persécutifs que mégalomanes, l'humeur plus sombre qu'euphorique, de teinte plus plaintive qu'ironique, et l'on écarte le diagnostic de manie de deuil délirante ou d'état mixte, un moment évoqué, car il s'agit d'un schizophrène rechutant sur le même mode de manifestations thymiques discordantes.

Par ailleurs l'état général est mauvais, du fait d'une anorexie, d'un amaigrissement et d'une insomnie associés. On découvre un taux d'urée à 1g/l les RX du crane montrent de nombreuses empreintes digitales, au FO les papilles sont pâles et décolorées et il existe une névrite optique bilatérale.

Dans le service, M.T. restera plusieurs semaines hypomane, excité, agité, voire agressif. Les entretiens successifs, sur un mode ludique, font apparaitre un processus primaire à vif et l'existence

d'archétypes très primitifs. Dans l'immédiat, la seule attitude possible est de rester au niveau du Réel, en se fiant à la chimiothérapie pour les reste ; il n'est d'ailleurs pas sûr qu'une autre attitude eut été plus favorable, on se fonde ici surtout sur les capacités de récupération du malade, déjà connus. Sur ce point, notre attente seea assez déçue.

Sous association chimiothérapique on observe une sédation initiale :

- Largactil : 150 mg
- Halopéridol : 40 gouttes
- Dépamide : 1500 mg

On arrête alors l'Halopéridol remplacé par du Moditen : 300 mg pendant 15 jours, puis passage au Modécate : 300 mg toutes les 3 semaines.

A partir de la 3ème injection, l'amélioration devient plus nette, l'exaltation ludique cesse complètement, le malade s'occupe régulièrement en ergothérapie, surtout le contact redevient possible ainsi le rappel et l'évocation de l'image maternelle provoque des affects douloureux et authentiques.

Pendant cette hospitalisation, l'amélioration de l'état général a été notable, le tzux d'urée est redescendu à 0,30 g/l sous Lespénéphryl : 100 gouttes/jour, mais il est survenu un épisode rhumatismal inflammatoire subaigu à localisation articulaire, traité, outre les antalgiques et antiinflammatoires habituels par injection bimensuelle d'antibiotiques et de corticoïdes retards, d'où une simplification générale de la thérapeutique. Cet épisode intercurrent guérira d'ailleurs rapidement.

Bien que l'on soit tenté de parler de guérison symptomatique, on est frappé par la persistance d'une note de discordance, et surtoit par le peu de motivations de M.T. à quitter l'hôpital, devenu un véritable substitut maternel. Il reste incapable de mener une vie autonome, et doit attendre la fin de l'hospitalisation maternelle pour pouvoir envisager sa sortie.

Au total, schizophrénie dysthymique, améliorée mais incapable d'évoluer avec autonomie (6 injections ont eu lieu, soit 1,8 gr de Décanoate).

5/ Dans la dernière série d'observations, se trouvent les cas de "guérisons" : trois suites de bouffées délirantes, l'une révélatrice d'une schizophrénie incipiens (nº 8), la seconde moment évolutif d'une schizophrénie simple (nº 17), la dernière survenue dans une schizophrénie névrose (nº 11) enfin troubles du caractère chez un débile pervers (nº 18).

OBSERVATION Nº 8

JAP. Jean Claude, 27 ans, interné en PO le 27/1/72, célibataire, fraiseur, fils du receveur des P et T d'une petite ville de Seine et Marne, est hospitalisé pour la 1ère fois pour un "état d'agitation avec manifestations clastiques, menaces de mort envers l'entourage".

Il s'agit en réalité de bouffée délirante avec expérience d'influence et d'étrangeté, hallucinations auditives sur des thèmes très pauvres, flous et incohérents. On note l'aveu d'un éthylisme important, évoquant l'impulsion irrésistible de certains schizophrènes, la présentation est discordante avecmanierisme, paramimies, rires et sourires immotivés : "J'ai reçu un coup de courant électrique en travaillant dans une pièce mécanique, ce qui a entrainé un soulèvement du cerveau, que je sens encore. Mon cerveau est actionné par un rayon venant de la centrale de Melun ou de Montrreau, ou de la Sécurité Sociale. C'est un médecin de la S.S. qui a profité d'une visite médicale pour me brancher un appareil récepteur dans le cerveau. Le bruit que j'entends m'empêche de dormir, parfois le courant s'arrête, le rayon est coupé pendant quelques minutes.. J'étais sur les nerfs, comprimé, pour tout arranger je me suis mis à boire, j'ai bu de plus en plus, j'ai explosé contreles autres"

Il a d'abord reçu une association de Largactil + Halopéridol avec des correcteurs, qui entraine une amélioration rapide de l'anxiété, de l'agitation et de l'expérience délirante primaire.

Après une interruption de l'Halopéridol, on assiste à une reprise du processus délirant, sur un mode très flou et paranoïde, toujours centré sur des idées d'influence, d'étrangeté et d'action à distance par des rayons ou des ondes électriques.

Le traitement est modifié une fois de plus, comportant :

- Moditen : 600 mg
- Melleril : 150 gouttes, rapidement remplacé par
- Orap : 8 mg

puis passage à la forme retard :

- Moditen retard : 300 mg
- Moditen = 300 mg per os quotidiens.

Il n'y a pas de réelle amélioration, au contraire le malade devient rapidement agressif, avec passage à l'acte, et impulsions suicidaires. Il est alors passé à l'Infirmerie du Pavillon ou il doit être maintenu et contenu. Une nouvelle fois le traitement est changé :

- Modécate : 500 mg (20cc) tous les 18 jours
- Melleril : 150 gouttes
- Halopéridol : 60 gouttes

L'amélioration est alors rapide, le comportement se normalise, le délire se tarit, le contact devient possible. Il présente alors de longs moments d'inactivité, assis ou allongé, sans teinte dépressive.

L'injection a lieu tous les 18 jours, 3 seront pratiquées avant son départ en milieu familial. A ce jour il n'y a pas eu de rechutes signalées, on ignore cependant si la qualité de la guérison s'est

maintenue, faute de consultations sur son secteur, et si l'abstention éthylique a persisté. Depuis son départ, ont eu lieu 7 injections, soit 10 depuis le début du traitement, soit 5 gr de Décanoate.

Donc "guérison" d'une bouffée délirante révélatrice d'une schizophrénie incipiens, après passage du Moditen-retard au Modécate. La "guérison" est purement symptomatique, cela va de soi .

OBSERVATION Nº 17

VAN., Charles, 26 ans, célibataire, ouvrier-mécanicien, est interné le 1/3/72 à la suite d'une bouffée délirante, associant idees de références et d'influence, intuitions, et interprétations délirantes, hallucinations multiples, expérience délirante vécue avec une impression d'angoisse majeure.

Il s'agit d'un sujet réputé schizophrène déjà hospitalisé à 2 reprises, une première fois pendant 3 mois, la seconde 1 an. La première hospitalisation, survenue après une hépatite virale, l'a laissé apragmatique, déprimé, se plaignant d'une "fatigue dans le cerveau, une sorte de coupure dans lapensée".

Il semble vivre avec difficulté une situation familiale, ou il entre fréquemment en conflit avec son beau-père(-sa mère, divorcée, est remariée, avec plusieurs enfants du 2e mariage) qui , dit-il "met tout le temps la pagaille dans la famille".

Sous association chimiothérapique, l'état pshychotique aigu régresse rapidement :

- Largactil : 300 gouttes
- Halopéridol : 40 gouttes
- Dépamide : 900 mg

Devant l'apparition d'un état dépressif, avec préoccupations sexuelles et corporelles, évo-

quant un syndrome de dépersonnalisation, de vagues idees de persécution, d'un isolement avec clinophilie et apragmatisme, on modifie son traitement par une suppression des autres neuroleptiques et une addition de Moditen : 650 mg, qu'il reçoit pendant 5 mois, sans amélioration notable. Les soignants auront des difficultés à le supporter, le trouvant exigeant, agressif, "malade ne s'intéressant à rien". On décide alors de modifier à nouveau son traitement par une réduction de la dose de Moditen : 250 mg, complétée par une injection de Modécate toutes les 3 semaines : 400 mg la 1ère fois, puis 500mg les suivantes, en réduisant la dose de Moditen : 200 mg orale quotidienne à partir de la 2ème injection, puis 100 mg à partir de la 3e, dans le but d'arrêter complètement les prises orales. Parallèlement, il reçoit de petites doses de neuroleptiques sédatifs, des correcteurs et des tranquillisants :

On observe au début une persistance des préoccupations sexuelles et somatiques, un maintien des idées de persécution, voire une certaine recrudescence. Les malades continuent de le traiter de pédéraste et à se retourner sur son passage, il n'est lui-même qu'un detraqué sexuel" du fait d'unemasturbation compulsionnelle. En réalité, derrière, cette apparence, il semble bien exister une modification de l'humeur, une reprise des contacts avec l'entourage, une issue hors de son autisme.

Bientôtil apparait, au cours de ses rêves, des phobies d'impulsions très primitives, cauchemars ou hantises de meurtres ou d'inceste sur la personne de ses soeurs. Parallèlement, le contact et le comportement s'améliorent, les idées de persécution s'atténuent, les préoccupations sexuelles obsédantes cessent de s'exprimer et l'humeur se régularise.

Sur le plan somatique, on note l'apparition d'effets secondaires :

- perturbations neuro-végétatives : sécheresse de la bouche, constipation, troubles de l'accommodation, suffisamment bien supportées à l'aide des correcteurs.

- un syndrome dyskinéto-hypertonique discret : dysarthries, micrographie.

- et de paresthésies aigües : sensations ébrieuses, fourmillements, crampes des mollets.

Probablement dues au Moditen, l'ensemble de ces manifestations régressent sans disparaitre complètement.

- enfin d'un syndrome cutané, sensibilité particulière à la lumière, alopécie.

L'amélioration a été suffisamment importante pour faire la sortie dès la 4e injection (soit 1,9g de Modécate). On parlerait volontiers de guérison symptomatique, si la qualité de la prise de conscience , de "l'insight" ne semblait correspondre à cette amélioration sur le plan des symptômes : il semble extrémement fragile, à la merci d'un nouvel effondrement de ses défenses. De plus, il n'y a aucune consultation sur le secteur dont dépend M.V. et l'on n'a pu consolider cette "guérison".

Depuis sa sortie, 6 nouvelles injections ont du avoir lieu, soit - une dizaine au total (5gr).

OBSERVATION Nº 11

MES., Michel, 24 ans, né au Caire, célibataire, sans profession, interné en PV le 16/11/72 venant de l'infirmerie spéciale, pour, selon le certificat d'admission :

"Excitation psychique, comportant des éléments discordants. Conduit à l'I.S. sur intervention de sa mère qui voulait le faire interner".

Il s'agit en réalité d'une schizonévrose, hystérique, connue, suivie et même traitée depuis 5 ans, hospitalisé à 4 reprises en service libre ou en clinique privée, qui rechute, lors d'un

conflit familial, sur le même mode de manifestations caractérielles, d'explosion clastique, et d'impulsivité agressive, suivie d'une bouffée délirante atypique avec paramimies, rires et sourires discordants, négativisme, troubles du cours de la pensée avec barrage et diffluence.

La famille de Michel M., d'origine juive, est installée de longue date en Egypte, réfugiée en France depuis 1956, le père est un riche homme d'affaires, toujours en voyages, la mère avec qui Michel a une relation très symbiotique, peint à ses moments perdus, il y a un frère ainé, plus âgé de 4 ans, marié, et qui travaille avec le père. Dans l'histoire de Michel la famille maternelle joue un très grand rôle, par contre le côté paternel est pratiquement absent, comme le personnage du père. Dans ses propos, reviendront constamment l'expression d'une ambivalence profonde, d'une fusion des roles paternels et maternels au profit de la mère, et d'une forclusion caricaturale du nom paternel. Ajoutons, pour éviter les simplifications excessives, que la présentation de Mme Mes n'est nullement celle d'une mère de schizophrène" mais celle d'une femme certainement structurée névrotiquement, en fréquent conflit avec le père de Michel, mais sensible et même "artiste", aspect que l'on retrouvera de façon explosive dans la personnalité de son fils, qui ne s'intéresse vraiment qu'à deux choses, sa collection de timbre, aspect "masculin" et "obsessionnel" de sa personnalité et surtout le groupe de "pop music" où il est batteur. Cet instrument de batterie joue un rôle important dans sa vie en effet, puisqu'il a appris à en jouer, d'abord en s'entrainant sur des boites de biscuit, puis en continuant avec un véritable instrument offert par son père dès l'âge de 16 ans, ce qui a occasionné de mémorables colères maternelles, les séances d'entrainement ayant lieu dans le grand-salon de l'hotel particulier de N., ou habite la famille. C'est aussi en jouant dans des "groupes" qu'il peut gagner un peu d'argent de poche, en dehors de ce que lui donne son père et qui ne lui suffit jamais, et qu'il a pu avoir avec des "groupies" quelques rapports sexuels, en dehors des prostituées. Dès le début, on a l'intuition d'avoir là un véritable "objet transitionnel", que l'on utilisera avec un certain succès.

Sous association neuroleptique, classique, la bouffée délirante sera rapidement résolutive, avec persistance de la note de discordance, d'une thymie

variable, de brèves périodes hallucinatoires ou d'influence :

- largactil : 100 mg
- Halopéridol : 80 gouttes

Cet état va lui même évoluer rapidement, après passage au Moditen fort et début des injections de Modécate, à la même dose (400 mg), toutes les 3 semaines, puis tous les 17 jours; à partir de la 4e injection on assiste alors à une modification de la symptomatologie avec apparition d'une angoisse intense, recherche du contact, rappel de souvenirs infantiles sexuels traumatisants, cette période culmine avec l'éloignement de sa mère qui a rejoint son père en voyage d'affaire en Afrique, et voir même s'ébaucher la recherche d'une liaison homosexuelle avec un infirmier, que nous ne décourageons ni n'encourageons, nous contentant de rappeler le patient au Réel, soit la libre disposition de soi-même et qui s'avère être finalement un fantasme vécu avec une particulière intensité comme le reste du comportement de Michel nous incite alors à le croire, puisqu'on le voit ainsi selon le rapport des infirmiers, répétant "je vais te tuer, démon, tiens, un coup dans les yeux" en faisant des gestes de tueurs". Cette période est riche de rappel de souvenirs à pouvoir cathartique, évoquant la primauté du frère ainé, un comportement sexuel infantile de type pervers semblant consacrer la prédominance de ce frère, le "délaissement" du père "qui ne parlait qu'argent" la recherche fusionnelle de la mère, tous éléments ayant entrainé l'impossibilité d'intérioriser une structure oedipienne stable. Cette période de reviviscence psychotique, avec libération d'une angoisse particulièrement intense étant particulièrement mal vécue par les soignants, notre absence temporaire du pavillon est l'occasion d'une modification du traitement, avec arrêt du Modécate, remplacé par de la Trifluopérazine à doses de 350 mg, qui n'entraine aucune "amélioration", sinon une intolérance alimentaire avec vomissements et une majoration des doses de neuroleptiques sédatifs assortis :

- Largactil : 150 mg
- Melleril : 200 mg

Après notre retour l'injection est alors reprise après 5 semaines de délai et l'amélioration no-

table se fait vers la régression de la discordance, une régularisation thymique, une diminution de l'angoisse à un niveau "normal", un meilleur "insight". Parallèlement les positions de la mère ont évolué, elle semble pour la première fois admettre la maladie de son fils et accepter son "échec" social au profit d'une situation plus en rapport avec ses goûts et possibilités réelles ; Michel décide alors de s'inscrire à l'école de batterie de Kenny Clarke, très renommée, décision que nous avons très discrétement encouragée, y voyant une de ses rares possibilités d'indépendance professionnelle, en dehors d'un parasitisme familial, pour lui très déstructurant. En plus du Modécate dont il aura eu au total 6 injections dans le service (2,40 gr) son traitement ne comprend plus, depuis l'arrêt des autres neuroleptiques associés que :

- Cyanoméprazine : 80 gouttes

Peu de temps avant son départ, il évoquera le processus de "désistement" semblant avoir enrayé le cours de sa vie psychique, terme approprié au niveau de ses défenses schizoïdes, son inhibition intellectuelle scolaire, et la représentation de la musique comme monde fusionnel. L'amélioration obtenue semble autre que purement "symptomatique", peut être en rapport avec une psychothérapie antérieure, et il semble devoir évoluer vers une figure de riche original, parfaitement compatible avec une vie sociale "normale". La sortie est alors décidée.

OBSERVATION Nº 18

VIL., Claude, 35 ans, sans profession, interné en PV le 27/1/73 en provenance d'un hospice, est réhospitalisé après échec de cette tentative de resocialisation, après un premier internement de 1960 à 1971.

Il s'agit d'un débile caractériel, avec troubles des conduites sexuelles : exhibitionnisme, homosexualité, dont le caractère répétitif et impulsif ont motivé son Ier internement, après expertise médico-légale. Les conduites perverses surviennent sur fond de bouffée excito-motrice, avec logorrhée, exaltation de l'humeur, compulsivité et recherche d'une sanction.

Dans le service, son traitement comportera d'emblée une association neuroleptique :

- Neuleptil : 40 mg
- Moditen : 200 mg

bientôt suivi d'une injection toutes les trois semaines de modécate à dose identique (9cc) : 200 mg avec des correcteurs associés.

D'amélioration rapide, dès la 1ère injection, l'excitation et la volubilite diminuent, les conduites perverses, sans cesser complètement, perdent de leur impulsivité et demeurent supportables dans les conditions quasi carcérales du pavillon.

A ce jour, 3 injections ont déja eu lieu, avecun resultat global satisfaisant, et l'on apprend finalement sa réintegration en hospice, au moment d'imprimer ce texte.

IV - CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

Dans une expérience de traitement d'une série de 18 psychotiques, la plupart réputés schizophrènes, et souvent de longue date, on a cherché é mettre en évidence, non seulement les contraintes et limitations imposées par l'existence d'un Service fermé, mais aussi les facteurs favorisant la reproduction du processus psychotique.

On a tenté de définir les critères des "guérisons" obtenues, dans une perspective psychodynamique. Par ailleurs, la critique de tels critères n'a pas été abordée ici pour l'excellente raison qu'il s'agirait alors de démonter une grande partie de l'édifice actuel de la Psychiatrie.

On s'est surtout attaché à mettre en évidence l'existence de types évolutifs différents selon l'attitude générale du Service, et, si l'on veut, son "style".

C'est uniquement dans cette perspective que l'emploi d'un neuroleptique-retard, le décanoate de fluphénazine, a été préféré, instrument d'appoint, facile et sûr, mais non dénué d'inconvénients (que l'on va détailler).

Plusieurs formes cliniques ont ainsi été individualisées :

1/ Tantôt et surtout chez des schizophrènes jeunes, peu ou pas chronicisés, une libération anxiogène, parfois explosive, véritable moment fécond du processus thérapeutique.

L'approche du noyau psychotique se heurte alors à sa structure défensive propre : lutte répétée contre le morcellement par l'idéalisation projective, ou effondrement

dans la dépression.

Dans le climat de contrainte rigide imposé par un Service fermé, tant aux soignes qu'aux soignants, favorisant naturellement la reproduction de telles défenses psychotiques, il est assez exceptionnel d'obtenir alors des résultats positifs ; et encore ne s'agit-il que de "guérisons symptomatiques".

C'est dans de tels cas que l'emploi d'un neuroleptique d'action retardée semble présenter le moins d'inconvénients, dans la mesure ou il permet alors d'atténuer mais non de supprimer, la dépendance infantile des soignés aux soignants, d'écouter, mais rarement, d'entendre, la voix et l'histoire vécue, du sujet psychotique et de sa souffrance.

2/ Dans d'autres cas, les plus nombreux de notre serie, l'évolution se fait de façon progressive, vers un appauvrissement ou un tarissement relatif du processus delirant ou dissociatif. Un tel type s'observe souvent chez de vieux malades asilaires, d'évolution chronique. Il se dissimule évidemment derrière cette apparence une persistance d'un noyau psychotique.

De tels cas, vécus sans angoisse de la part des soignants, avec toute la force de l'habitude, semblent au-delà de toute ressource thérapeutique.

Le neuroleptique-retard n'ajoute rien et n'apporte qu'une autonomie illusoire. S'il simplifie le travail infirmier, il renforce surtout, par son efficacité même, l'aspect quasi carcéral de la structure soignante.

3/ Enfin, dans un certain nombre de cas, rares mais intéressants, on assiste à un réveil du processus psychotique, à une reprise de l'évolution délirante, apparemment tarie ou assoupie.

De telles explosions semblent d'emblée péjoratives. Mais il n'est pas sûr que, dans d'autres conditions elles n'autorisent pas un certain espoir thérapeutique.

Ici l'emploi du Modécate sera uniquement conçu comme moyen d'harmoniser, voire "d'humaniser" le fonctionnement d'un Service, qui apparaît alors dans toute sa dimension contraignante et normative.

Au total, quel que soit l'intérêt d'un produit sophistiqué mais d'emploi sûr, il semble vain de fonder sur lui le moindre espoir d'amélioration d'un Service fermé.

Bien au contraire, ses propres avantages seront détournés tout "naturellement", et amenés à renforcer un renfermement qu'on croyait révolu.

Si se confirme ainsi cette impression d'"antithérapeutique", la question se pose surtout de savoir quelles fonctions elle remplit ; maintien d'un idéal normatif, travestissement et détournement du désir et de l'angoisse, refoulement généralisé d'une interrogation posée par la Folie - et les fous - à la Société ... Et bien d'autres encore !

Quoiqu'il en soit, si se déplisse actuellement la confusion de deux représentations, celles de la Folie, et de la maladie mentale, on peut bien être sûr, et le faire savoir, que l'évolution même de notre discipline a déjà condamné ce style de psychiatrie close que nous avons vécue.

V - APPENDICE

"METHODOLOGIE ET RESULTATS"

METHODOLOGIE

Entendue, non comme un discours sur un protocole expérimental, mais comme le support "réel" inanalysable de notre expérience.

Sur les 120 ou 130 malades du Pavillon, on a déterminé une série de 18 psychotiques aigus ou chroniques comportant une majorité de schizophrènes dont la durée d'hospitalisation allait, de quelques semaines à plusieursannées, tous du service Hommes. Parmi eux, 16 ont pu recevoir au moins 1 injection de Modécate. Les indications retenues étaient les suivantes : schizophrénies paranoïdes et hébéphréno-catatoniques, schizophrénies affectives et dysthymiques, schizophrénies simples, schizophrénies névroses, bouffées délirantes et schizophrénies incipiens, délires chroniques paranoïaques, débilité mentale avec troubles du caractère, états limites prépsyhcotiques ou névroses graves.

Rapidement on a été conduit à isoler 2 sous groupes, selon la durée d'hospitalisation totale :
I + de 3 ans
II - de 3 ans

(tableau I et 2).

1º) <u>De la conduite du traitement</u>

Brèves remarques sur des notions déjà classiques.

a) vérification de la tolerance au Chlorhydrate de Fluphénazine.

6 malades ont été retenus car ayant déjà du Moditen : 3 depuis 1965
1 depuis 1967
2 depuis 1970

12 en ont reçu pour passer ensuite au Modécate

16 ont finalement reçu au moins 1 injection.

b) Doses de 1ère injection.

- identique dans 12 cas à la dose orale
- inférieure dans 4 cas, dont 2 fois l'on complète la quantité injectée par du Moditen pour obtenir l'équivalent des doses orales.

c) Doses ultérieures

- augmentées dans 1 cas
- arrêtées dans 2 cas , dont 1 fois pour être remplacé par de l'Enanthate de Fluphénazine (Moditen-Retard) à doses moindre (500 mg 300 mg)
- dans 1 cas, l'Enanthate a été remplacé par le Décanoate à doses plus élevées (300 mg 500 mg).

d) espacement des injections

- 21 jours dans 12 cas
- 18 jours dans 2 cas
- 17 jours dans 2 cas

e) espacement des injections suivantes :

- identiques dans 13 cas
- rapprochees dans 2 cas : 21 17 sans augmenter la dose
  21 16 en augmentation de la dose
- autotal, 21 jours dans 9 cas
  18 jours dans 2 cas
  17 jours dans 3 cas
  16 jours dans 1 cas

f) durée totale de l'essai

dans 1 cas 33 semaines
2 cas 24 semaines
1 cas 21 semaines
5 cas 18 semaines
2 cas 15 semaines
1 cas 12 semaines
2 cas 9 semaines avec arrêt pour l'un des 2.
1 cas 3 semaines " " "

g) Doses totales, fonction de la durée du traitement de l'espacement des injections et de la dose par injection.

2º) Des associations thérapeutiques

a) Neuroleptiques.

- en cas d'anxiété, d'agitation ou d'agressivité : n. sédatifs : Cyanoépromazine, Thioridazine, fluanizone, Chlorpromazine.
- en cas de reprise du processus délirant ou des hallucinations : Haloperidol, pimozide.

b) désinhibiteurs, hormoanaleptiques, régulateurs de l'humeur en cas de syndrome dépressif secondaire : Sulpiride, Dépamide, méfexamide.

c) tranquillisants, anxiolytiques : Equanil, Tranxène, Seresta.

d) correcteurs extra-pyramidaux.
en associant des groupes différents, sans dépasser 3 correcteurs : Trihexyphénidyle, Bipéridine, Erphénadrine, Ethybenzatropine.

e) Correcteurs cardio-vasculaires.
Heptamyl, Cariamyl, Efortil.

TABLEAU 1

	I	II	TOTAL
Hébéphréno-catatonie	5	1	6
Schizoprénie paranoide	3	1	4
Schizophrénie affective ou dysthymique	2		2
Schizonévroses		1	1
Bouffées délirantes, schizophrénies incipiens		2	2
Délires chroniques paranoïaques	1		1
Etats limites et prépsychotiques		1	1
Troubles caractériels des debilités mentales	1		1
	12	6	18

TABLEAU 2

	I	II
Moyenne d'âge	41	25
Duree d'hospitalisation moyenne (en années)	11,5	1,1
Nombre moyen d'hospitalisations antérieures.	-	1,6
Doses totales utilisees en gramme.	21, 35	14,9
Doses moyennes totales par malade en gramme	1,9	3
Nombre moyen d'injection	5,2	6,8
Dose moyenne par injection en mg.	368	400
Durée moyenne totale en jours.	100,8	136

"DE NOS RESULTATS"

Pour évaluer les modifications symptomatiques, on a utilisé l'échelle des graduations suivantes :

- aggravation

0 pas de changement, ou impossibilité de prescription
+ légère amélioration, meilleure adaptation à la vie pavillonnaire.
++ Amélioration moyenne, régression des symptômes, possibilite de sortie.
+++ Amélioration importante, guérison symptomatique sortie.

Globalement les resultats furent les suivants (en %).

	I	II	TOTAL
+++	9	60	25
++	36	20	32
+	36	-	25
0	-	-	-
-	18	20	18

Analyse :

1º/ Au total, on compte 1/4 de guérisons" sur lesquelles 3/4 sont du groupe II, 1/4 du groupe I.

les résultats sont encore plus dissociés selon le groupe de reférence ; pres de 2/3 de "guérisons" dans le groupe II, moins de 1/10 dans le groupe I, cequi vérifie l'importance de la chronicisation antérieure, de la duree et du nombre d'internements. Cependant, on doit interpreter ces chifres en remarquant que le groupe I comptait près de 3 fois plus de formes déficitaires (5 sur 16, soit 45%) que le groupe I (1 sur 5) soit 20%).

2º) On constate également que l'ordre des meilleurs résultats est le suivant : (tableau II)

- schizophrénies incipiens et bouffées délirantes
- schizonévroses et troubles caractériels des débilites mentales - 4 +++ sur 4 cas.
- schizophrenies dysthymiques - 1 ++ sur 1 cas
- schizophrenies paranoïdes - 2++, 1+, 1- sur 4 cas
- hébéphréno-catatonies - 2 ++, 3 +, 1- sur 5 cas

ce qui confirme le meilleur pronostic des formes de début, évolutives ou productives, par rapport aux formes déficitaires, hebéphreno-catatonies ou schizophrenies simples, dans le type d'expérience choisi.

3º) On note une interruption de traitement dans un cas de délire chronique paranoïaque, apparition de troubles neurologiques, 2 impossibilités de prescription, une fois chez un schizophrène "affectif", une fois dans un état limite.

4º) En realité et surtout, le meilleur "score" des formesproductives, sans oublier l échec complet qui reste à expliquer (cas nº 12), le regroupement des formes deficitaires autour de résultats médiocres ou moyens semblent tout autant justifier d'une interprétation en termes institutionnels, dans la situation crée par l'approche psychothérapique au sein du service. Il est évident que l'abord de certains "malades" était d'emblée plus facile : malades plus jeunes, moins "asiliés" ou autistiques ou moins rejetés, sous une forme ou un autre, par l'ensemble des soignants ; dans d'autres cas on dut attendre l'effet reel, mais aussi bien "magique" du

traitement psychotrope pour créer une situation moins defavorable à une relation psychothérapique.

Un tel processus soulève certainement de nombreux problèmes, parmi lesquels son artificialité, et surtout la nature et le degré de compromis-(sions)passé avec le reste de la structure soignante.

TABLEAU I

	I	II
+++	VIL(nº18)	JAP(nº8) MES(nº11) VAN(nº17)
++	BAU(nº1) GAR(nº7) LAC(nº9) TON(nº15)	CHE(nº4)
+	BER(nº2) DUB(nº5) MAJ(nº10) TOR(nº16)	
o	SAR(nº14)	PAY(nº13)
-	BOM(nº3) DUV(nº6)	MOL(nº12)

TABLEAU II

Catégorie nosologique	Nom	N°	Age	Durée hosp. p/année	Nbre intern.	Doses mg	espc. des injec tions	Nbre inj.	Quan tité tot. en gr.	Résul tats
Hébéphréno Catatonie										
I	PAU	1	33	5		400	21	6	2,8	++
	BER	2	23	7		200	21	11	2,8	+
	DUB	5	49	23		400	18	6	2,4	+
	MAJ	10	43	19		400	21	5	2,0	+
	BOM	3	38	18	5	500	21	3	1,5	-
II	CHE	4	21	1	0	400	21	6	2,4	++
Schizo. paranoïdes										
I	GAR	7	36	5		500	21	7	3,5	++
	LAC	9	45	18		400	21	7	2,8	++
II	TOR	16	39	9		400	18	5	2	+
	MOL	12	20	1,5	4	350/ 400	21/ 16	6	2,1	-
Schizo-névroses	MES	11	24	1	4	400	21/ 17	7	3,5	+++
Schizo. dysthymiques	TON	15	39	10	11	300	21	4	1,2	++
Bouffées délirantes-schizo-incipiens	JAP	8	27	1,5	0	500	18	8	4	+++
	VAN	17	26	2	2	500	21	8	4	+++
Délires chroniques paranoïaques	DUV	6	49	3,5	4	350		1	0,350	-
Troubles caractériels des débilités mentales	VIL	18	35	11		200	21	3	0,6	+++

VI - BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

(1) AYME T., RAPPARD Ph., et TORRUBIA H.
Thérapeutique institutionnelle.
Encyclop. médico-chir., Pyshciatrie, T III, 1964
37930, G 10, 10 p

(2) BOURGEOIS M., TIGNOL J. et HENRY P.
Syndromes malins et morts subites au cours des traitements par Neuroleptiques simples et retards.
Annales médico-Psych. (1971) t 2, nº 5 p 7291746

(3) CASTORIADIS - AULAGNIER P.
Séminaire de Sainte Anne, 1971-1972, sur"le schizo et les Langues".
Topique (1972) nº 9, p 3-38

(4) CHAIGNEAU H. et KOECHLIN Ph.
Le champ asilaire.
L'évolution Pyschiatrique 1967, 32, I, p 37-64

(5) CHAIGNEAU H.
Prise en charge institutionnelle de sujets réputés schizophrènes.
Confrontation psychiatrique, 1968, nº 2, à 157-172

(6) DAUMEZON G., LOUBTCHANSKI, AULAGNIER et KESNIK
Exéprience d'introduction de psychothérapies en service fermé.
L'information psychiatrique, 1958, 34, 5, p 361-383

(7) DELEUZE G.
Le schizophrène et le mot.
Critique, 1964, nº 731, p 225-256

(8) DELEUZE G., GUATTARI F.
L'anti-Oedipe
Paris, Edition de Minuit, 1972

(9) DURAND - GUERIN
Evolution de la Relation thérapeutique avec les nouvelles médications à effet prolongé.
Thèse, Rouen, 1971.

(10) FOUCAULT M.
Histoire de la folie à l'âge classique, suivie de la Folie, l'absence d'Oeuvres.
Paris, Gallimard, 1972

(11) FOUCAULT M.
Les mots et les choses
Paris, Gallimard, 1966

(12) FOUKS R., PERIVIER, FROGE, HOUSSAIT et MATHIS
Considérations sur les Neuroleptiques retards
International collegium of Neuropsycho-pharmacol.
Prague, 11/15 aout 1970.

(13) GENTIS R.
Psychothérapies individuelles dans un service hospitalier.
Revue de Psych. Institutionnelle, nº 5, p 141-150

(14) GINESTET, PERON-MAGNAN
Les neuroleptiques a durée d'action prolongée.
Revueau Prat. 1972, t 22, nº 12, p 1941-1953

(15) GOFFMAN E.
As yluns Essays on the social situation of patients and other immates.
New York, Double Say Co, 1961.

(16) GREEN A.
Le rôle, contribution à l'étude des mécanismes d'identification.
L'évolution psychiatrique, 1961, I, p 1-32

(17) GREEN A.
Chimiothérapie et Pyschothérapies
L'encéphale , 1961, 50, I, p 29-101

(18) GREEN A.
La nosographie psychanalytique des psychoses.
In problems os Psychosis, Montreal, Excepta Medica 1969

(19) KLEIN M.
Essais de psychanalyse
Tr. M. Derrida, Payot, Paris, 1967

(20) KLEIN
Developments in Psychoanalysis
London, Hogarth Press, 1952

(21) KURLAND A.A. et RICHARDSON JH.
A comparative study of two long acting phenothiazine preparations : Fluphenazine-Evanthate and Fluphenazine Decanoate.
Psychopharmacology (Berl.) 1966, 9, p 320-327

(22) LACAN J.
D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose.
La Psychanalyse (1958) 4,1.

(23) LAMBERT P.A. et coll.
La relation medecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques.
Paris, Masson, 1965

(24) LAMBERT P.A.
Neuroleptiques à action prolongee - à propos d'une étude portant sur 5 années.
International Collegium Neuropsychopharmacology.
Prague, 11/15 aout 1970

(25) OURY
Psychothérapie institutionnelle
Encyclopedie Médico-chirurgicale, Psych. t 3, 37930 G 10 - p 1,12 add. p 1,7

(26) RACAMIER P.C. et coll.
Le psychanalyste sans divan
Paris, Payot, 1970

(27) RACAMIER P.C.
Perspectives actuelles sur les applications psychothérapiques et institutionnelles de la psychanalyse ou traitement des psychotiques.
Montreal, in Problems of Psychosis
Excepta Medica, 1970

(28) RACINE Y.
Transfert et defense en psychothérapie institutionnelle.
Revue de Pyshcot. Institution. 1965, 1, p 147-153

(29) ROSOLATO G.
Signification de l'Oedipe et des fixations prégénitales pour la comprehension de la psychose.
Montreal, Excepta Medica, 1969
In problems of Psychosis.

(30) TOSQUELLES F.
Introduction au problème du transfert en psychotherapie institutionnelle.
Psych. Institut., 1965, nº 1, p 9-19

(31) WOLFSON
Le schizo et les Langues
Paris, Gallimard, 1971